
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

Spokojenost seniorů se zdravotní péčí
Satisfaction of Elderly People with Health Care

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-3037

Autor:

Marta Šebestýnová

Podpis: _____

Adresa:

Libavské Údolí 95

357 51 Kynšperk nad Ohří

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

Počet:

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
60	19	0	2	41	1 + 1 CD

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Marta Šebestýnová
adresa: Libavské Údolí 95, 357 51 Kynšperk nad Ohří
studijní obor (kombinace): Sociální pracovník
Název BP: **Spokojenost seniorů se zdravotní péčí**
Název BP v angličtině: **Satisfaction of Elderly People with Health Care**
Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): _____

Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: SPOKOJENOST SENIORŮ SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

Podpis:

Seizkas'

Cíl: Cílem bakalářské práce je zjistit spokojenost seniorů se zdravotní péčí v podmínkách hospitalizace a následné péče. Na základě analytického rozboru navrhnout možné principy zkvalitnění zdravotní i následné péče v této oblasti.

Požadavky:

1. Formulace teoretických východisek
2. Projektování průzkumu
3. Sběr dat
4. Interpretace dat
5. Formulace závěru a návrhy opatření

Metody: Rozhovor
Dotazník

Literatura: MACH, J. Zdravotnictví a právo. 2.vyd. Praha: Lexis Nexis, 2005. 455 s.
MUNZAROVÁ, M. Zdravotnická etika od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247- 1024-2
PODSTATOVÁ, R. Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9
RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8
VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2175-5

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce.

V Liberci dne: 16. 04. 2010

Marta Šebestýnová

Poděkování

Chtěla bych na tomto místě poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Markétě Elichové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za podporu během studia.

Spokojenost seniorů se zdravotní péčí

Satisfaction of Elderly People with Health Care

Jméno a příjmení: Marta Šebestýnová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009/2010

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou spokojenosti seniorů se zdravotní a následnou péčí během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení v konkrétních podmínkách nemocnice v Sokolově. Práce byla zaměřena především na vztah zdravotník versus pacient s důrazem na profesionalitu, komunikaci, etiku a empatii ve zdravotnictví.

Snahou bakalářské práce bylo poukázat na tolik diskutovanou problematiku jako je kvalita zdravotní péče. Cílem bylo zmapovat situaci v rámci konkrétního zařízení, najít případné rezervy a navrhnout řešení zjištěných nedostatků.

Strukturu práce tvoří vedle úvodu teoretická část, ve které jsou popisovány nejčastější příčiny hospitalizace seniorů, kvalita života, profesionální přístup a komunikace zdravotníků, etika ve zdravotnictví, empatie a ageismus v péči o seniora. Praktická část byla zaměřena na zjištění spokojenosti seniorů se zdravotní a následnou péčí. Nástrojem zjištění byl dotazník a rozhovor. Teoretická a praktická část tvořily stěžejní oblasti bakalářské práce. Následuje závěr, navrhovaná opatření a seznam použitých zdrojů.

Klíčová slova: senior, zdravotní péče, následná péče, hospitalizace, profesionalita, empatie, etika, komunikace, ageismus.

Zusammenfassung:

Bachelorarbeit befasst sich mit der Problematik der Zufriedenheit der Senioren mit der Krankenpflege und Krankennachsorge in Krankenhäusern, in den konkreten Bedingungen im Krankenhaus Sokolov. Die Arbeit bezieht sich vor allem auf das Verhältnis zwischen Krankenpflegern und dem Patient, mit Betonung auf Professionalität, Kommunikation, Ethik und Altersdiskriminierung

Ziell der Arbeit war auf die viel diskutierte Fragen der Krankenpflege zu zeigen. Die Situation in einer konkreten Einrichtung aufstellen, mögliche Reserven und Lösungen von Mängeln zu finden.

Struktur der Arbeit ist neben der Einführung der theoretische Teil, der die häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte von älteren Menschen, die Lebensqualität, Professionalität und Kommunikation zwischen Krankenpflegern, medizinische Ethik im Gesundheitswesen, Empathie und Altersdiskriminierung beschreibt. Der praktische Teil steht auf den Ermittlungen der Zufriedenheit der Senioren mit der Gesundheits-und Nachsorge. Mittel der Forschung waren Befragungsmethode (Fragebogen) und Interviews. Theoretische und praktische Teil bilden die Hauptthese der Arbeit. Nach den beiden Hauptteilen folgt der Abschluss, die vorgeschlagenen Maßnahmen und eine Liste von benutzten Quellen.

Schlüsselwörter: Senior, Gesundheitspflege, Nachsorge, ärztliche Behandlung, Professionalität, Einfühlung, Ethik, Gespräch, Altersdiskriminierung

Summary:

This project work deals with the relevant questions satisfaction of elderly people with health care during hospitalization in medical arrangement, in concrete conditions of hospital in Sokolov. Work was sight first of all relation between medic and patient with emphasis on professionalism, communication, ethics and emphatic in health service.

This work refered to so much discussed questions such as quality health care. The aim was map situation in terms of concrete hospital, find backlog and suggest a solutions of positive absence.

Work forms beside introduction also theoretic part, where are describing most frequent causes hospitalization of seniors, quality of life, professional access and communication of medic, ethics and empathy in care of seniors. The practical part used to the questionnaire and dialog. The work consists of two fundamental parts and then follow the end, suggested procuration and a list of sources.

Keywords: senior, health care, subsequent alteration care, hospitalization, professionalism, empathy, ethic, communication

OBSAH

1 ÚVOD.....	10
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	12
2.1 Vymezení pojmu senior.....	12
2.2 Kvalita života seniorů.....	13
2.3 Spokojenost seniorů.....	14
2.4 Nemocnost ve vyšším věku	15
2.5 Zdravotní péče	16
2.5.1 Kvalita zdravotní péče	16
2.5.2 Nejčastější příčiny hospitalizace	17
2.5.3 Profesionální chování zdravotníků	18
2.5.4 Komunikace ve zdravotnictví.....	20
2.5.5 Etika ve zdravotnictví.....	22
2.5.6 Empatie zdravotníků.....	24
2.5.7 Ageismus v péči o seniora.....	25
2.6 Následná péče	26
2.6.1 Ošetrovatelská péče	27
2.6.2 Rehabilitační péče.....	28
2.6.3 Paliativní péče	28
3 PRAKTICKÁ ČÁST	30
3.1 Cíl praktické části a účel průzkumu	30
3.1.1 Stanovení předpokladů	30
3.2 Použité metody	31
3.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu.....	31
3.4 Výsledky a jejich interpretace	33
3.5 Diskuse	48
4 ZÁVĚR.....	52
5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	54
6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	57
7 SEZNAM PŘÍLOH	60

1 ÚVOD

Stárí a stárnutí je přirozený vývojový proces, který se nevyhne nikomu z nás. U každého je však tento proces individuální a neopakovatelný v závislosti na působení okolních vlivů. Kvalita života seniorů by se neměla hodnotit pouze podle jeho délky, ale také podle toho jak smysluplně je život prožíván. V současné době žijí i starší lidé aktivněji, mají lepší životní podmínky, zdravotní péči i dostupnost sociální pomoci. Proto je nezbytné učinit více opatření pro zajištění kvalitního života seniorů a to především působením na mladou generaci, která bývá často spojována s negativním přístupem ke starším lidem.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na spokojenost seniorů se zdravotní péčí v podmínkách hospitalizace a následné péče v nemocnici v Sokolově. Tato samostatná část populace byla vybrána záměrně, protože tvoří hlavní těžiště mé práce sociální pracovnice v rámci nemocničního zařízení. Hospitalizace seniora je vždy specifická, zejména pro časté pobyty v nemocnici z důvodu polymorbidity zapříčiněné degenerativními a chronickými onemocněními.

Téma spokojenosti seniorů během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je především v dnešní době velmi diskutovaná. Se zvyšující délkou života narůstá nejen množství počet seniorů, ale také především počet nemocných, kteří vyžadují zdravotní péči. Povolání zdravotníka patří k velmi náročným. Zvláště kontakt mezi zdravotníkem a nemocným předpokládá především psychologické i praktické znalosti a také vyžaduje jistou dávku empatie a osobní angažovanosti. Vztah mezi zdravotníkem a seniorem by měl být vždy založen na vzájemné úctě a respektu.

Cílem bakalářské práce je zjistit spokojenost seniorů se zdravotní péčí v podmínkách hospitalizace, zdali a jak jsou uplatňovány zásady profesionálního a etického chování. K dosažení cíle bude použito metod rozhovoru a dotazníku, jejichž vyhodnocením bude získána představa o současné kvalitě zdravotní a následné péče. Výsledky výzkumu budou předány managementu nemocnice v Sokolově a bude pracováno na nápravě zjištěných nedostatků.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na vymezení základních pojmů, uvedení do problematiky nemoci a nejčastějších příčin hospitalizace seniorů. Dále se zabývá profesionálním chováním zdravotníků, vzájemnou komunikací mezi personálem a pacienty, etikou a empatií ve zdravotnictví. Obsahem této části práce je také vysvětlení pojmů následné, ošetrovatelské, rehabilitační a paliativní péče.

V praktické části bude pomocí dotazníků a cílených rozhovorů zjišťována spokojenost seniorů se zdravotní péčí přímo v podmínkách nemocnice Sokolov. Jednotlivé položky dotazníku budou cíleně tvořeny pro potřeby výzkumu a s ohledem na možnost jejich srovnání se závěry dostupných výzkumů, které proběhly v minulosti. Záměrem bude vytvořit ucelený rámec, který by po vyhodnocení věrně charakterizoval zkoumané nemocniční zařízení. Neboť jedním z cílů výzkumu, jak již bylo předesláno výše, je i náprava případně zjištěných nedostatků, proto samotná formulace jednotlivých položek bude diskutována s členy managementu.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ

2.1 Vymezení pojmu senior

Jak jednoduše definovat pojem senior? Můžeme říct, že seniorem se stává člověk automaticky po dosažení určitého věku? Nebo mezi seniory zařadíme člověka jehož zdravotní stav vykazuje určité změny? I odborníci se v přesné definici tohoto pojmu liší. Naštěstí mýtus, že stáří je nemoc, která se mimo jiné vyznačuje zpomalením pohybu a myšlení, je již překonán.

Dle Webera „je stárnutí a stáří na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. I přes relativně velké množství nashromážděných poznatků nelze jednoznačně definovat jev stárnutí ani odpovědět na otázku proč stárneme. Stárnutí je proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. Rychlost stárnutí jedince je geneticky zakódována předpokládá se multifaktoriální typ dědičnosti. Maximální délka života u člověka, která by byla dosažitelná v ideálním prostředí by se pohybovala kolem 110 až 120 let.¹

Pro zobecnění a přesnější definování se dle Světové zdravotnické organizace dělí stáří podle kalendářního věku člověka:

45–59 let	střední zralý věk
60–74	ranné stáří (vyšší věk)
75–89	pozdní stáří (vlastní senium)
90 a více let	dlouhověkost ²

Další členění stáří je odvozeno dle Kalvacha na:

65– 4 let	mladí senioři
75–84 let	staří senioři
85 a více let	velmi staří senioři ³

Dle Hartla, Hartlové je za seniora považován občan starší 60 let.⁴ Ani český právní systém nezná pojem senior, obecně je používán termín starý občan, který není blíže definován, ale je užíván v souvislosti s lidmi, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči.⁵

¹ WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie*. 2000, s. 13.

² PACOVSKÝ, V. *Gerontologie*. 1981, s. 14.

³ KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 2008, s. 47.

⁴ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2000, s. 530.

⁵ Špatné zacházení se seniory. [cit.2009-12-03]. <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml>>

Můžeme zkonstatovat, že jediné na čem se odborníci shodnou, že stárí je zákonitý a fyziologický proces, kterému se nevyhne žádná živá bytost. Důsledkem působení okolních vlivů je u každého pak tento proces zcela individuální a neopakovatelný a nedá se proto zahrnout do žádné šablony.

2.2 Kvalita života seniorů

Kvalita života seniorů se nehodnotí pouze podle délky života, ale také podle schopnosti smysluplně a spokojeně tento život prožít. Vzhledem k měnícím se potřebám jednotlivce v závislosti na zhoršování zdravotního stavu a měnících se sociálních podmínkách lze pomoci udržet požadovanou kvalitu života na několika úrovních.

V současné době starší lidé žijí zdravěji a aktivněji. Mají lepší životní podmínky, kvalitnější zdravotní péči a sociální ochranu. Stále více lidí má možnost prožít delší život než jak tomu bylo v minulosti a stárí se tudíž stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí. Lepší zdraví a delší život jsou významné hodnoty sami o sobě. Společnost, v nichž jsou lidé zdravější, vzdělanější a žijí déle, představuje příležitost pro lepší ekonomický a sociální rozvoj. Prodloužení délky života seniorů umožňuje, že máme všichni možnost prožít delší život a být po delší dobu oporou pro své děti či vnuky.⁶

Pro zajištění kvality života seniorů je však potřeba učinit daleko více. Je nezbytné přijmout opatření v celé řadě oblastí a především změnit negativní přístup mladé společnosti ke stárnutí populace a ke starším lidem, který bývá často spojen až s ageistickým pohledem na stárí a starší lidi. Narušuje mezigenerační soudržnost a vytváří základy pro věkovou diskriminaci. V dnešní době si zatím nikdo z mladých lidí nepřipouští, že jednou bude také seniorem, který bude muset vyhledat pomoc někoho ve svém okolí.⁷

„Důstojnost při poskytování zdravotní péče ve stárí a pomoc druhým lidem jsou hodnoty, které vyžadují zajištění práva volby a spolurozhodování o způsobu, rozsahu a místě poskytování péče a pomoci. Právo na svobodnou volbu a seberealizaci je potřeba zajistit nejen zdravým a soběstačným, ale také nemocným a těm, kteří se nemohou o sebe sami postarat.“⁸

⁶ MPSV. [cit. 2009-12-29]. <<http://www.mpsv.cz/cs5045>>

⁷ Tamtéž

⁸ Kvalita života ve stárí. [cit. 2009-12-29]. <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.

Pro zajištění kvalitního života ve stáří je nezbytný nejen dostatečný příjem, ale také mobilita. Potřeba dopravy je součástí každodenního života většiny starších lidí jak ve městech tak na venkově. Řada služeb či jiných aktivit není dnes dostupná bez využití veřejné nebo individuální dopravy. Dostupnost bezbariérové veřejné dopravy, její kvalita kultury a bezpečnost hrají významnou roli pro dostupnost základních služeb a pro možnost spoluúčasti na kulturních a sociálních aktivitách, včetně prosté návštěvy. Význam má nejen bezbariérovost dopravy, ale také podpora jejího využívání a překonání psychologických bariér.⁹

Podobné problémy jako v dopravě, mohou být pro zajištění dostatečně vysoké kvality života ve stáří např. při řešení otázky bydlení. Bydlení, které odpovídá funkčnímu zdravotnímu stavu umožňuje žít v přirozeném prostředí i v případě zdravotních či jiných omezení. Bezbariérové bydlení zvyšuje nejen samotnou bezpečnost, ale také usnadňuje péči profesionálním i neformálním pečovatelům. Takové bydlení musí zohledňovat různé potřeby a situace do kterých se mohou nesoběstační lidé v průběhu života dostat.¹⁰

Důstojné zajištění práv a potřeb seniorů, by mělo být základem každé sociálně smýšlející společnosti, pro kterou by se toto zajištění mělo stát primárním sociálním principem.

2.3 Spokojenost seniorů

Životní spokojenost je subjektivní termín pod který si můžeme představit řadu rozměrů. Každý člověk, a senior zvláště, se může cítit více či méně spokojený z více důvodů. Obecně se dá říct, že životní spokojenost úzce souvisí se zdravotním stavem, rodinnými a sociální vztahy, finanční nebo bytovou situací, ale také se zaměstnáním a využitím volného času. Platí tedy, že člověk bude se svým životem spokojen pokud je schopen dosahovat stanovených cílů. Jakmile se mu do cesty staví překážky např. v podobě nemoci, špatné finanční či sociální situace nebo různých konfliktů a krizí, bude jeho vnímání spokojenosti subjektivně horší.

Velký vliv na spokojenost seniorů mají citové vztahy. Cíle vztahů k blízkým lidem se ve stáří nějak nemění a význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá. Stejně jako v dětství je člověk i ve stáří ohrožen sociální izolací či podměťovou a emoční deprivací. V širší rovině zajištění spokojenosti seniorů je důležité zachovat si dlouhodobé duševní

⁹ Prostředí a vstřícná komunita ke stáří. [cit. 2009-12-29]. <<http://www.mpsv.cz/cs5045>>

¹⁰ Tamtéž.

zdraví. K tomu přispívá udržení širší zájmu, v rovnováze s nezbytným odpočinkem a nutnost uspořádání životní náplně tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost. Je nutné být stále otevřen novým poznatkům, udržovat stávající a navazovat přátelské vztahy, pomáhat při výchově vnoučat a vyhýbat se pokud možno emočně rozrušujícím situacím. Důležité je zvládat situace s moudrostí, která plyne ze získaných zkušeností.¹¹

„Nestačí pouze znát fakta a vědět, ale především chápat a rozumět. Rozumět tomu co se děje kolem nás a co se nás bezprostředně dotýká a zároveň být sami v našem počínání pochopeni druhými – v tom spočívá velká část životní spokojenosti.“¹²

2.4 Nemocnost ve vyšším věku

„Zdravotní stav starších a starých lidí je třeba hodnotit nejen délkou života a prevalencí chorob, ale především funkční zdatností a zdravím podmíněnou kvalitou života. Zdraví zahrnuje zdraví tělesné, duševní a sociální a je charakterizováno stavem pohody a spokojenosti nejen nepřítomností nemoci nebo vady.“¹³

Populace seniorů je z hlediska zdravotního stavu velmi heterogenní. Jako celek se oproti mladším věkovým skupinám vyznačuje vyšší celkovou morbiditou, především vyšším výskytem degenerativních a chronických nemocí, ale i vyšší incidencí, akutním zhoršením a dekompenzací.¹⁴

Charakter nemocnosti ve stáří:

- narůstání celkové prevalence s věkem a polymorbidita
- změna spektra chorob – více chronických a degenerativních nemocí, častěji akutní dekompenzace a hospitalizace
- riziko přechodu do chronicity a vysoký invalidizující potenciál nemocí
- významná sociální komponenta¹⁵

Poruchy zdravotního a funkčního stavu ve stáří přesahují u mnoha lidí, zvláště ve věkové skupině 80+, specifické projevy a důsledky jednotlivých chorob a souvisejí s involučními změnami, včetně poklesu potenciálu zdraví. Kromě nejzávažnějších a nejčastějších chorob stáří (např. ateroskleróza a její orgánové projevy i rizikové faktory, nádorová onemocnění, degenerativní onemocnění pohybového ústrojí jako osteoartróza

¹¹ LANGMEIER, J., KRJEČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2006, s. 209.

¹² ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 2007, s. 164.

¹³ MPSV. [cit. 2009-12-29]. <<http://www.mpsv.cz/cs5045>>

¹⁴ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2005, s. 5

¹⁵ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2005, s. 5.

či osteoporóza, Alzheimerova choroba, věkově podmíněná degenerace sítnice, katarakta, úrazy) je tak vysokou prioritou multikauzálně podmíněná křehkost ze specifickými geriatrickými syndromy a s funkčními deficity (poruch mobility, stability s pády, kontinence).¹⁶

2.5 Zdravotní péče

2.5.1 Kvalita zdravotní péče

“Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí (podle definice WHO) souhrn výsledků dosažených v preventivní diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.”¹⁷

V souvislosti se zvyšujícími se nároky na zdravotní péči a s nutností snížení ekonomických nákladů je potřeba vytvořit efektivní zdravotnický systém, který by byl schopen lépe reagovat na potřeby společnosti a pacientů. Kvalita zdravotní péče se stále více dostává do popředí zájmu jak veřejnosti tak i zdravotnických pracovníků. Je proto nezbytné, aby se na procesu zajišťování kvality zdravotnické péče aktivně účastnil i zdravotnický personál. „Důležitým požadavkem kvalitní zdravotní péče je, že musí vycházet z potřeb nemocného, nikoliv z potřeb zdravotního personálu.”¹⁸ Jedná se o péči, která je účinná s ohledem na zdravotní stav pacienta, adekvátní z hlediska možného využití zdrojů a která je také pozitivně přijata samotným pacientem.¹⁹

Podmínkou pro dosažení kvalitní zdravotní péče je určení znaků kvality. Jeden z hlavních znaků kvality zdravotní péče je dostupnost. To znamená, že zdravotní péče musí být co nejlépe dosažitelná pro všechny v dané lokalitě. Dalším znakem je vhodnost a přijatelnost péče, kdy je předpoklad, že budou splněny a uspokojeny potřeby a očekávání pacientů, jímž je zdravotní péče určena. Neméně důležitým faktorem je rovnocennost zdravotní péče, která předpokládá, že poskytované služby jsou poskytovány všem bez rozdílu. Aby bylo možno dosáhnout těchto znaků kvality je nezbytná efektivita péče, která určuje pravidla, kterými bude dosaženo nejlepší zdravotní péče.²⁰

Existují dvě cesty pro zajištění efektivity kvality zdravotní péče a to shora dolů nebo zdola nahoru. Správnější se však jeví první cesta, kdy je nezbytné, aby vedení

¹⁶ MPSV. [cit. 2009-12-29]. <<http://www.mpsv.cz/cs5045>>

¹⁷ Kvalita zdravotní péče. [Cit. 2010-02-18]. <<http://www.zdravi.vysociny.cz/conetent/>>

¹⁸ RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1999, s.13.

¹⁹ FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 2006, s. 185.

²⁰ FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 2006, s. 186.

nemocnice navrhlo cílový obraz kvality bez něhož by vtažení ostatních spolupracovníků do zajištění kvality zdravotní péče bylo nesmyslné. Nejprve je třeba zjistit a zajistit potřebné personální a materiální předpoklady, komunikačně propojit jednotlivé celky a obory v nemocnici a vytvořit tak z kvality péče hlavní téma. Teprve po vytvoření těchto podmínek je účelné a efektivní vydat se po druhé cestě kdy spolupracovníci na všech úrovních jsou motivováni vyslovovat své představy a návrhy v pracovních skupinách se zaměřením na zvyšování kvality.²¹

Pro zajištění kvality zdravotní péče je nezbytné vytvořit zpětnou vazbu vyhodnocováním kvality poskytované péče v pravidelných intervalech měřením a posuzováním technických a interpersonálních faktorů péče. Nejlépe tohoto dosáhneme posouzením struktury, procesu a výsledků péče, ve kterých se zaměřujeme na odborné kompetence, organizaci péče, styk zdravotnického personálu s pacientem, léčebné postupy a metody a také na subjektivní spokojenost pacienta se zdravotní péčí.²²

V dnešní době je zdravotnictví tedy i kvalita poskytované zdravotní péče v popředí zájmu nejen samotných pacientů, ale i politických stran. Na zajištění kvality je kladen stále větší důraz, ale ne vždy jsou vytvořeny potřebné podmínky k jejich naplnění. Velkým problémem se jeví především vážný nedostatek zdravotního personálu, který by měl tuto kvalitu zajistit. Proto před uplatňováním kvality zdravotní péče v jednotlivých zařízeních by se měl stát zabývat zda bude dostatek těch, kteří tyto smělé plány budou uskutečňovat.

2.5.2 Nejčastější příčiny hospitalizace

V České republice je nemocnost seniorů velmi vysoká. Studie odhadují, že více než 90 % osob starších 70 let trpí jednou nebo více chronickými nemocemi. Jen 4 ze 100 nemají žádnou chronickou nemoc.

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastějšími nemocemi, které mohou seniory potkat. Tato onemocnění jsou nejzávažnější a nejčastější příčinou hospitalizace. Mezi nejčastější choroby patří ischemická choroba srdeční (infarkt myokardu, angina pectoris), náhlá příhoda cévní mozková, hypertenze a onemocnění dolních žil a tepen.²³

Nadále mezi nejčastějšími příčinami hospitalizace seniorů jsou nádorová onemocnění. Větší výskyt nádorových onemocnění ve vyšších věkových skupinách souvisí s delším časovým obdobím působení karcinogenních (rakovinotvorných) faktorů.

²¹ Kvalita je výzva. [cit. 2010-02-18]. <<http://www.osz.cmkos.cz/kvalita/>>

²² Tamtéž.

²³ Kardiovaskulární onemocnění. [cit. 2010-01-05] <<http://www.kardiak.cz/>>

Stárnoucí tkáně jsou zvýšeně vnímavé na působení karcinogenů ze životního prostředí. Vlastní změny při stárnutí též mohou usnadnit vývoj nádoru. „Mezi nejčastější výskyty nádorových onemocnění u seniorů jsou karcinom plic a karcinom prostaty u mužů a karcinom prsu a tlustého střeva u žen.“²⁴

V důsledku změn souvisejících s věkem seniorů dochází k postižení kloubů a kostí, které jsou méně ohebné a pružné. Následkem těchto nemocí dochází k omezení hybnosti kloubů a k následným potížím s chůzí, horší pohyblivostí a koordinací pohybu, a z toho vyplývající bolestivosti kloubů. V důsledku zhoršení hybnosti dochází k častým pádům a tím i výraznému zvýšení četnosti hospitalizace seniorů. Nejčastějším úrazem bývají zlomeniny krčku kosti stehenní, pánve a dolních končetin. Problematickým bývá návrat do běžného života, protože u seniorů se tyto úrazy nejen déle hojí, ale rehabilitace bývá obtížná a navíc jsou senioři častěji ohroženi vznikem dalších komplikací.²⁵

Poslední, ale stejně významnou skupinou nemocí jsou psychiatrická onemocnění, kromě Alzheimerovy choroby a Parkinsonovy nemoci existuje celá škála senilních demencí a poruch chování.²⁶

Všechny tyto nemoci výrazně omezují kvalitu života seniorů. Je možno jim předcházet správnou životosprávou, udržením pohybové a mentální aktivity. V případě vzniku těchto nemocí lze snížit následky správnou a včasnou diagnostikou a cíleným léčebným přístupem.

2.5.3 Profesionální chování zdravotníků

„Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy a konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům.“²⁷ Zejména kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným.

²⁴ Onkologická péče u nemocných vyšší věkové skupiny.[cit. 2010-01-05].

<<http://www.linkos./pacienti/vek/>>

²⁵ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2005, s. 44.

²⁶ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2005, s. 147.

²⁷ ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 62.

Vztahy mezi zdravotníkem a nemocným by měly být založeny na vzájemné úctě a respektu. Mezi lékařem a pacientem vzniká osobní vztah, kdy lékař umí naslouchat a zajímá se i o subjektivní stránku onemocnění.²⁸

Na vytváření správného vztahu mezi lékařem a nemocným se podílí celá řada okolností, patří sem zde například:

- první dojem,
- dodržování společenských pravidel,
- získání důvěry nemocného,
- tolerantní přístup,
- aktuální zdravotní stav nemocného.²⁹

Pro jednání zdravotníka (zejména lékaře) a pacienta by měly platit zásady etického a psychologického přístupu, které v sobě obsahují myšlenky důvěry, pochopení, naděje a léčby, jež by měla být realizována s vlastní angažovaností lékaře.

Postavení zdravotnického pracovníka, zvláště sestry, nabývá v dalším moderním pojetí ošetrovatelství stále důležitějšího významu. Sestry ve vztahu k nemocnému zastávají nezastupitelnou roli, se kterou se postupně ztotožňují. Každá sestra by měla mít řadu pozitivních vlastností, které ovlivňují její jednání a chování. Každodenní chování sestry vzhledem k nemocnému má být koncipováno jako psychoterapeutický přístup, hovoříme o takzvaném **produktivním chování sestry**.³⁰ Sestra se v produktivním chování k nemocnému opírá o základní skutečnosti jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních dějů. V tomto smyslu má brát sestra v úvahu:

- objektivní stránku nemoci,
- osobní psychickou a sociální situaci nemocného,
- osobností zvláštnosti nemocného,
- prožitky nemocného.³¹

Sestra by měla být v očích nemocných vždy člověkem, která má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou dávkou tolerance a laskavosti řešit. Profesní chování je určováno do jisté míry i tím, jak je chápána role sestry, smysl její činnosti, vztah k nemocnému a dalším skupinám spolupracovníků. S profesním postavením úzce souvisí osobností předpoklady, které pomáhají k naplnění jejího poslání.

²⁸ JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 2008, s. 31.

²⁹ ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 65.

³⁰ Tento pojem vymezil v roce 1969 I. Šmahel.

³¹ ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 70.

Faktory, které ovlivňují profesní chování sestry:

- kladné vlastnosti osobnosti,
- vzdělání umožňující odbornou přípravu pro výkon povolání,
- etický kodex sestry,
- prestiž povolání,
- práva pacientů,
- požadavky pracoviště.³²

Léčebná péče jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla vytvořit jednotlivý celek. Harmonické jednání zdravotníků by mělo odrážet vnější prostředí, tak i kvalitu mezilidských vztahů.

2.5.4 Komunikace ve zdravotnictví

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků.“³³

V komunikaci informujeme druhého o našem vztahu k němu, ale i o svých pocitech, očekáváních, o našich hodnotách, motivech nebo cílech a přáních. Vše lze vyjádřit pomocí mluveného nebo psaného projevu, tj. verbálně neboli slovně, nebo informace sdělujeme neverbálně, a to nemimoslovně neboli mluvou těla. I když se oba druhy komunikace projevují současně, někteří odborníci tvrdí, že skoro 80-90 % probíhá na úrovni neverbální. Pro kvalitní komunikaci a navázání dobrého vztahu s nemocnými je velmi důležité ovládat účinnou neverbální komunikaci. Na účelné komunikaci často závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran.³⁴

V oblasti vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným je nezbytná správná komunikace. Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče. Zdravotník používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Vzhledem k zdravotnické praxi je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci rozlišovali specifika komunikace jednotlivých skupin nemocných. Jedná se o specifika v komunikaci podle druhu onemocnění a postižení.

Jde například o komunikaci:

- s nemocným dítětem,
- s pacientem se závažným onemocněním,

³² ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 67.

³³ JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 2000, s. 53.

³⁴ ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 83.

- s handicapovaným pacientem,
- s pacienty starými, nevyléčitelnými nemocnými a umírajícími.³⁵

Zásadní význam má komunikace mezi lékařem a pacientem. Je obvykle velmi mnohotvárná a v průběhu je ovlivňována řadou faktorů. Interakce lékař – pacient pramení z asymetrických sociálních vztahů, které jsou dány:

- rozličným stupněm vědomostí, kdy lékař je považován za experta a pacient vystupuje v pozici laika, to dává lékaři určitý pocit moci,
- rozdílnou sociální rolí, která vede k tomu, že lékař má iniciativu a uznávanou společenskou kompetenci, disponuje mocí, zatímco pacient hledá pomoc,
- moderní technicko-lékařskou aparaturou a rozvojem specializace, kdy lékař v konkrétní interakci s pacientem vytváří řízený rozhovor.³⁶

Častá komunikační bariéra mezi lékařem a pacientem pramení z rozdílnosti „jazyků“, z používání odborného jazyka ve styku s laickou veřejností. Rozdílné vzdělání, odlišné sociální vrstvy, ze kterých pocházejí pacienti a lékař, celková kulturnost, zkušenost s nemocemi, to vše vytváří možnosti pro nedorozumění. Velmi důležité je vědomí rozdílů mezi lékařem a pacientem v oceňování hodnot životního stylu a v úrovni slovní zvláštnosti. Křivohlavý uvádí dvě roviny interakce mezi pacientem a lékařem, a to:

- rovina profesionální - je uplatňováno hledisko somatické medicíny,
- rovina sociální či psychosociální - někdy taky obecně nazývána „humanitní“.³⁷

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným nebo komunikace mezi zdravotníky navzájem. V ošetrovatelství ale nevystačíme jen s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě.

K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace:

- **sociální komunikace** – je neplánovaná, odehrává se při neformálních setkáních,
- **strukturovaná komunikace** – má určitou plánovanou náplň, například rozhovor o pooperační péči s nemocnými před operací,
- **terapeutická (léčebná) komunikace** – je definována jako proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, dobře vycházet s lidmi,

³⁵ PODSTATOVÁ, R. *Jak přežít pobyt v zdravotnickém zařízení*. 2007, s. 27.

³⁶ BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 1996, s. 86.

³⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2002, s. 66

přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem a současně překonávat psychické překážky, které stojí v cestě k seberealizaci.³⁸

V komunikaci se seniory se setkáváme s některými obecnými problémy typickými pro změny vyvolané stářím. U seniorů převládají poruchy smyslů, poruchy řeči, demence atd. Je velmi nutné se seniory mluvit pomalu, jasně a srozumitelně.³⁹

K dosažení kvalitní oboustranné komunikace sestry s nemocným je potřeba schopnost empatie, individuální přístup, úcta k člověku a pozitivní vztah k nemocnému. Zdravotnický pracovník musí umět využít komunikačních dovedností tak, aby nemocného psychicky podpořil a vhodně motivoval v diagnosticko-terapeutickém procesu. Je důležité dávat pacientovi na vědomí jeho lidské hodnoty jedinečné postavení v celém ošetrovatelském a léčebném systému zdravotnické péče.⁴⁰

2.5.5 Etika ve zdravotnictví

„Chování a jednání zdravotnických pracovníků by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami vycházejícími z obecně platných etických principů, etických zásad, zdravotnické etiky, morálky a mravnosti.“⁴¹

Zdravotnická etika pomáhá pochopit morální dimenze našeho jednání a chování v jakékoliv formě a v jakémkoliv způsobu péče o člověka v oblasti prevence, léčby, rekonvalescence a umírání.

„Profesní etika nebo také oborová etika je aplikovaná etika v konkrétních profesích. Uplatňuje etické poznatky, principy a zásady při výkonu nejrůznějších povolání. Mnoho profesí má svou vlastní etiku. Jsou tím myšleny normy společenských aktivit zaměstnanců. Tyto normy neboli kodexy mají za úkol udržovat a podporovat vysoký standard. Jde o to, aby pracovníci určitého oboru dělali svou profesi tak nejlépe, jak dovedou a to pro dobro celé komunity.“⁴²

Vznik lékařské etiky byl uznán v České republice jako samostatný lékařský obor teprve v roce 1991, ale neznamená to, že by byl disciplínou zcela novou nebo nově vznikající. Mravní závazky lékařů jsou již formulovány před naším letopočtem v tzv. deontologických kodexech. Nejstarším známým kodexem, který upravoval vztah lékaře ke kolegům, k pacientům a k veřejnosti, je Hippokratova přísaha. Tento dokument

³⁸ ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 90.

³⁹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniora*. 2007, s. 74.

⁴⁰ ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2007, s. 95.

⁴¹ ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství*. 2002, s. 27.

⁴² IVANOVÁ, K. *Základy lékařské etiky*. 2004, s. 17.

z antického Řecka vytyčuje řadu povinností, které má lékař té doby plnit vůči nemocným, vůči druhům svého stavu a vůči veřejnosti.⁴³

Lékařskou etikou souhrnně označujeme zkoumání etických problémů v lékařství, a stejný význam má i pojem medicínská etika. Lékařská etika je součástí **bioetiky**, což je nejširší pojem a lze jej vymezit jako „systematické studium lidského jednání v oblasti biologických věd a v péči o zdraví.“

Mezi základní principy medicínské etiky patří:

- **princip beneficence** (činit dobré), zdravotníka zavazuje konat vždy v zájmu života a zdraví nemocného,
- **princip non maleficence** (nečinit zlé), zdravotníka zavazuje konat vždy tak, aby nemocnému neublížil,
- **princip spravedlnosti**, který požaduje vykonávat medicínskou péči bez ohledu na rasu, národ, pohlaví, víru, náboženství, věk společenské postavení,
- **princip autonomie**, který zdůrazňuje rozhodování kompetentního a informovaného nemocného o navrhovaném postupu.⁴⁴

Na lékaře jsou kladeny z hlediska etiky vysoké nároky. Povolání lékaře je mnohými chápáno jako poslání a společnost předpokládá, že lékař bude mít vysoké morální hodnoty. Posuzuje přísněji jeho charakter i jeho chování nejen v práci, ale i v soukromém životě.

„Vztah lékař – pacient se pohybuje v rovině, která má dvě krajní polohy. Jedna poloha je tvořena pohledem na pacienta, který přichází s bolestí, s problémem, je v nouzi, tísní, je ustrašený, úzkostný a právě teď hledá pomoc u jiného člověka, který má odborné znalosti, jak mu pomoci a disponuje potřebnými prostředky. Druhou krajní polohou je pacient jako klient, který požaduje určitou službu a tento vztah se řídí běžnými pravidly služeb a obchodu.“⁴⁵

Ošetrovatelská etika se zabývá problematickými situacemi v oblasti morálky ošetrovatelské práce, které mohou vzniknout ze vztahu sestra – klient. Snahou ošetrovatelské etiky je stanovit povinnosti a odpovědnost sestry, určit mravní normy této profese a identifikovat a najít řešení u problematických situací, které jsou v této profesi dilematické a mohou nastat. Hlavní cíle ošetrovatelské etiky jsou zaměřovány

⁴³ IVANOVÁ, K. *Základy lékařské etiky*. 2004, s.18.

⁴⁴ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 2005, s. 44.

⁴⁵ IVANOVÁ, K. *Základy lékařské etiky*. 2004, s. 37.

na zdokonalování mezilidských vztahů, chování a jednání při vykonávání ošetrovatelské profese a snahu o uspokojování aktuálních požadavků klienta.⁴⁶

2.5.6 Empatie zdravotníků

„Empatie je schopnost porozumět emocím a motivům druhého člověka.“⁴⁷ Pro zdravotníky je při výkonu jejich povolání nepostradatelná. Pro schopnost empatie by měl umět odložit vlastní názory, hodnoty a předsudky. Musí být schopný pochopit proč jednal tak jak jednal a jaké při tom byli jeho pocity.⁴⁸

Empatie s úctou jsou základní faktory potřebné pro snadnější navazování vztahů. Pro zdravotnický personál jsou navíc předpokladem úspěchu aktivní a soustředěné pozornosti na nemocného a jeho problémy. Pro dobrého zdravotnického pracovníka by mělo být pochopení problému nemocného a jeho řešení prioritou.

Jelikož je komunikace lékaře s pacientem někdy velmi problematická a mnohotvárná bývá ovlivněna řadou faktorů. Lékař se při komunikaci s pacientem stává nejen autoritou, ale i informátorem o jeho zdravotním vztahu. Pokud se podaří lékaři navázat s pacientem dobrý kontakt, je pro něj snadnější určit správnou diagnózu, jelikož pacient přestává mít zábrany k lékaři a dokáže se mu lépe svěřit s potížemi, kvůli kterým za lékařem přišel.⁴⁹

Podaří-li se lékaři vcítit se do situace nemocného, kterého ošetřuje, pomůže to lépe pochopit jeho pocity, jeho strach o sebe, agresi, depresi i beznaděj z verdiktu chronické nebo nevyléčitelné nemoci. Snáze se pak domluví na dalších diagnostických postupech a získá v něm ideálního pacienta. Sestra má většinou s nemocným častější a užší kontakt než lékař a většinou bývá i důležitou spojkou se světem a zdrojem informací.⁵⁰

Sebelepší sestra nedosáhne při ošetřování nemocných takového úspěchu, jakého by chtěla, když neumí správně komunikovat se svými pacienty. Pokud nám tedy není empatie přirozeně vlastní je možné jí nacvičit a zdokonalit vhodným komunikačním tréninkem.

Máme-li v sobě schopnost empatie, snáze si dokážeme uvědomit, že každý člověk je individuální bytost, a proto je důležité jej neomezovat zaběhnutými řády a nařízeními, a projevit mu úctu za každých okolností.

⁴⁶ FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1998, s. 8.

⁴⁷ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2000, s. 139.

⁴⁸ JANAČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 2008, s. 33.

⁴⁹ VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry máme v sobě empatii?, *Sestra*, 2006, č. 11, s. 23.

⁵⁰ KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 2007, s. 47.

Je zajímavé, že práci zdravotníka neposuzují pacienti podle toho kdo jak je šikovný, rychlý nebo oblíbený, ale podle toho co daný pacient zrovna v tuto dobu potřebuje, a to je trocha lidskosti a vcítění.⁵¹

2.5.7 Ageismus v péči o seniora

„Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968, který definuje ageismus jako o diskriminaci lidí pro jejich stáří.“⁵²

Vidovičová definuje ageismus jako „ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo jejich příslušnosti k určité generaci.“⁵³

Hartl a Hartlová definují ageismus jako “věkovou diskriminaci, znevýhodňování osob na základě jejich věku.“⁵⁴

V současné společnosti, která klade důraz na honbu za úspěchem nejsou postoje ke stáří ideální a jsou opomíjeny hodnoty jako laskavost, úcta k druhým a péče. Ageismus je v přímém protikladu s kultem mládí a krásy. V seniorské populaci jako k určité věkové skupině jsou připisovány negativní vlastnosti a tato skupina bývá často diskriminována.⁵⁵

Ageismus je eticky velmi citlivá problematika, zvláště pak v oblasti zdravotní péče. Projevují se zde otázky týkající se kvality poskytované péče, ale i její financování.⁵⁶ Rozlišujeme dva zásadní faktory podílející se na spotřebě zdravotní péče a na zdravotním a funkčním stavu. Tyto dva faktory, které je potřeba důrazně odlišovat, jsou:

- věk a s tím související prevalence (převládání) chorob,
- blízkost smrti s terminální deteriorací stavu (dočasného stavu).⁵⁷

Typickým příkladem může být podceňování některých chorob a smyslových dysfunkcí tím, že jsou připsány staršímu věku a nejsou rozpoznány jako důsledek nemoci, která má být řádně léčena. Tento typ ageismu vychází z předpokladu, že stárnutí je neléčitelná nemoc, a proto mu je věnována menší pozornost než nemocem mladšího

⁵¹ VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry máme v sobě empatii?, *Sestra*, 2006, č. 11, s. 23.

⁵² Ageismus. [cit. 2009-12-03] <<http://ageismus.cz/>>

⁵³ VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 2008, s. 113.

⁵⁴ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2000, s. 20.

⁵⁵ GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro senior*. 2006. str. 28–29 .

⁵⁶ VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti*. 2008, s. 177.

⁵⁷ KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 2004, s. 123.

nebo středního věku. U pacientů ve vyšším věku není prováděna řádná diagnostika a preventivní zákroky jsou podceňovány jako nepotřebné.⁵⁸

Připisování negativních vlastností seniorům má na ně velký záporný vliv a pokud jsou senioři k těmto postojům vystavováni delší dobu, přijímají tento záporný obraz za svůj a podle toho se dále i chovají. Ve většině případů ztrácejí sebevědomí, mají problémy navázat společenské kontakty a mnohdy ani nemají potřebu vyhledávat vhodnou zdravotní péči. Všechny tyto důsledky diskriminace přinášejí mnohá rizika ve spojení se zhoršením jejich zdravotního stavu. Mohou také vyústit do extrémních důsledků jako jsou alkoholismus, deprese, sociální izolace, nebo dokonce v určitých případech mohou vést i k sebevraždám.

Pozitivní postoj ke starým lidem a ke stáří je obecně potřeba rozvíjet již u mladé generace a na pozdější etapy života připravovat mladé lidi, ve kterých je třeba podporovat uznání vůči seniorům a solidaritu s nimi. Naším cílem by nemělo být jen prodlužovat věk, anebo finančně zabezpečit seniorskou populaci, ale i zabezpečit co možná nejvyšší kvalitu života seniorů.⁵⁹

2.6 Následná péče

Doléčovací a rehabilitační péče převážně ošetrovatelského typu jsou organizovány jako tzv. následná péče. Samotný termín následná péče je na stejné úrovni jako péče „akutní“ a je otázkou dohody a zvyku, co pod těmito termíny rozumíme. Následná lůžková péče (rehabilitační, ošetrovatelská a paliativní) je poskytována v nemocnicích, zejména v nemocnicích následné péče a v odborných léčebných ústavech pacientům se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a u nichž nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, a to do té doby nebo v těch případech, pokud tuto zdravotní péči nelze nebo není účelné poskytovat ambulantně či v lůžkovém zařízení sociální péče.⁶⁰

Holmerová píše „Cílem zdravotní péče je změna, zlepšení zdravotního stavu. Cílem následné péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti.“⁶¹ Nejpočetnější skupina nemocných, která potřebuje dlouhodobou péči, jsou nemocní 75letí a starší. Nejčastější onemocnění vyžadující následnou péči:

⁵⁸ VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti*. 2008, s. 179.

⁵⁹ TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus.Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 2002, s. 6.

⁶⁰ Vyhláška MZ ČR č. 9/1998 [cit. 2010-01-12].

<<http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>>

⁶¹ HOLMEROVÁ, I. Východiska dlouhodobé péče, *Zdravotnické noviny*, 2009, č. 18, s. 5.

- *Stavy po cévních mozkových onemocněních* – jde o postižení mozkových cév s následným omezením pohyblivosti horních nebo dolních končetin nebo obou, někdy kompletní (hemiplegie), nebo částečnou (hemiparézou), s poruchou řeči (afázií) a tím zhoršenou komunikací s postiženým.
- *Stavy po zlomeninách krčku stehenní kosti* – řešené operativně i konzervativně. Nadále jsou důvodem hospitalizace i kombinované zlomeniny chirurgického krčku kosti pažní a zároveň dolních končetin.
- *Stavy po náhradě kyčelního kloubu* – pro artrózu kyčelního kloubu, která vede k nepohyblivosti kloubu, tím ke zhoršení pohyblivosti nemocného a tápáno bolesti
- *Demence*
- *Cukrovka s komplikacemi* – stavy po amputaci končetiny, selhávání ledvin, postižení nervů, slepota, kožní defekty.
- *Nervová postižení* – např. Parkinsonova choroba, hrubý třes horních končetin, porucha chůze, poruchy nerovnováhy, opakované pády.
- *Ztráta soběstačnosti* – hendikepovaných osamělých osob se může stát důvodem k hospitalizaci.⁶²

Pro dlouhodobě nemocné je nutná profesionalita, odbornost a velká dávka empatie s nemocnými, trpělivost, vstřícnost, schopnost získat důvěru nemocného.

2.6.1 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče se používá za předpokladu, že je stanovena diagnóza a léčebný postup z důrazem na základní ošetřovatelství.

Cílem ošetřovatelské péče je celková psychická, fyzická a sociální pohoda ošetřovaného člověka. Zahrnujeme sem komplexní individualizující přístup k pacientovi. Cílem ošetřovatelské péče je celková psychická, fyzická a sociální pohoda ošetřovaného člověka. Zahrnujeme komplexní individualizující přístup k nemocnému, aktivně nabízená péče, která vychází z potřeb nemocného a kolektivní ošetřovatelská péče. Ošetřovatelská péče je orientována na zlepšení kvality života, udržet člověka co nejdéle soběstačného,

⁶² ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIČ, K. *Základy ošetřovatelství*. 2002, s. 258.

uspokojovat základní potřeby, zvýšit psychickou a fyzickou kapacitu, předcházet komplikacím, urychlit léčebný proces.⁶³

K základní ošetrovatelské péči zahrnujeme hygienickou péči, péče o kůži, prevenci a léčení dekubitů, péči o lůžko, péči o stravování a pitný režim, prevenci komplikací z omezeného pohybu, nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy, aktivizaci psychickou a fyzickou.

Ošetrovatelská péče zajistí komfort pacienta, urychlí léčení a uzdravování a zajistí prevenci komplikací dlouhého ležení.

2.6.2 Rehabilitační péče

„Rehabilitaci lze definovat jako návrat plnému zdraví, tedy odstranění následků úrazu či nemoci.“⁶⁴

Pod pojmem rehabilitace, pokud je používán v oblasti zdravotnictví, se chápe péče o pacienta, která následuje po péči akutní, kdy je pacient z hlediska medicíny ve stabilizovaném stavu a další operační zákroky či jiné výrazné zásahy do organismu již nejsou zapotřebí, nicméně organismus pacienta se stále vzpamatovává z posttraumatického šoku a běžné funkce těla nefungují, tak, jak mají. Rehabilitace se zaměřuje především na pohybová ústrojí, na schopnost obnovení jejich normálního fungování u pacienta.⁶⁵

Rehabilitace zahrnuje v současné době řadu léčebných postupů, z nichž základní je fyzioterapie – zjednodušeně řečeno cvičení pacienta s odborným vedením lékaře a zdravotnického personálu. Kromě fyzioterapie zahrnuje rehabilitace masáže, elektroléčbu, vodoléčbu, léčbu za pomoci laseru, reflexní terapii či akupunkturu. Zvolené prostředky závisí na rozhodnutí lékaře a možnostech daného zdravotnického zařízení.⁶⁶

2.6.3 Paliativní péče

Paliativní péče je souhrn komplexních opatření zaměřených na péči poskytované pacientům trpícím nevléčitelnou a smrtelnou nemocí v pokročilém nebo v terminálním stadiu. Jedná se o soubor opatření, které se poskytují nemocnému v případě, kdy cílem již nemůže být uzdravení pacienta. Proto jsou tato opatření orientována především na léčbu a

⁶³ ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství*. 2002, s. 262.

⁶⁴ VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 2009, s. 8.

⁶⁵ Pojem rehabilitace. [cit. 2010-01-28]. <<http://www.e-rehabilitace.com/>>

⁶⁶ Tamtéž.

mírnění bolesti, na psychiku pacienta, na zajištění potřebného sociálního zázemí a v případě zájmu i na uspokojení duchovních potřeb nemocného.⁶⁷

„Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.“⁶⁸

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.⁶⁹

Cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

⁶⁷ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2005. s. 200.

⁶⁸ Definice paliativní péče. [Cit. 2010-01-28]. < <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html> >

⁶⁹ Tamtéž.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části a účel průzkumu

Cílem praktické části je zjistit pomocí dotazníku a rozhovoru spokojenost seniorů s úrovní poskytované zdravotní péče v podmínkách hospitalizace a následné péče. Prioritou je zjistit subjektivní vnímání profesionality zdravotního personálu seniory, především lékařů a zdravotních sester. Průzkum byl realizován v rámci standardních oddělení nemocnice Sokolov, která je součástí Karlovarské krajské nemocnice. Účelem průzkumu je na základě zjištěných skutečností navrhnout opatření ke zlepšení poskytované zdravotní péče.

3.1.1 Stanovení předpokladů

Na základě zkušeností, které jsem za dobu mého působení na pozici zdravotně-sociální pracovnice získala, jsem pečlivě volila složení a podobu dotazníkových otázek, které mají osvětlit níže definované předpoklady, jež v souhrnu odrážejí vazbu vždy několika otázek současně. Proto tématicky specifikuji následující předpoklady:

Předpoklad č.1

- lze předpokládat, že 60 % respondentů bude spokojeno s poskytovanou zdravotní a následnou péčí.

Předpoklad č.2

- lze předpokládat, že 40 % respondentů bude spokojeno s komunikací se zdravotním personálem.

Předpoklad č.3

- lze předpokládat, že 60 % respondentů bude spokojeno se soukromím během léčby a vyšetření.

3.2 Použité metody

Pro průzkum tohoto charakteru je zvolena metoda nestandardizovaného dotazníku (příloha č. 1), který je nejvhodnější formou pro získání údajů od široké skupiny respondentů. Použitý dotazník se skládá z 21 položek (otázek) a jeho struktura je dělena na 3 části:

- úvod (demografické údaje – položky 1–3),
- stěžejní část (položky 4–18),
- závěr (položky 19–21).

Jednotlivé položky dotazníku jsou v počtu 18 zvoleny ve formě uzavřené a v počtu 3 je zvolena forma otevřená, která umožňuje respondentům vyjádřit svůj názor individuálně bez vazby na předem definované možnosti odpovědí. V případech, kdy nebude možné plnohodnotně využít formu dotazníku, neboť někteří respondenti nebudou schopni pracovat samostatně, bude nutno použít alternativní metodu rozhovoru, jehož struktura se však bude v plném rozsahu odrážet v položkách dotazníku, aby nebyla ztracena jeho vypovídací hodnota a nedošlo tak ke znehodnocení celého výzkumu.

3.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

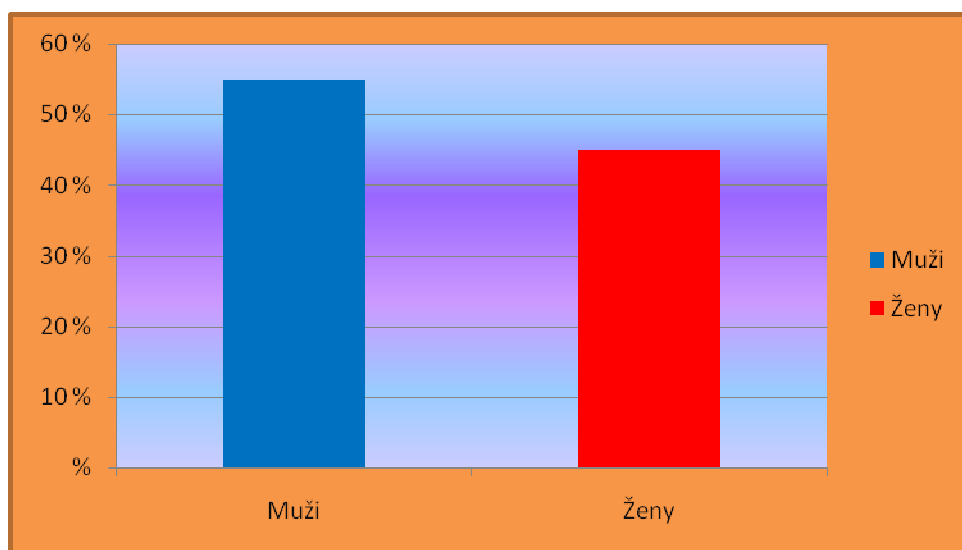
Z důvodu naplnění tématického zaměření práce byl výběr respondentů limitován spodní věkovou hranicí 60 let, a neboť se vždy jednalo o pacienty nemocničního zařízení, byla splněna i podmínka hospitalizace. Kvalitativní úroveň výsledků jednotlivých respondentů byla zajištěna výběrem osob s požadavkem minimální délky hospitalizace v délce alespoň jednoho týdne. Základní soubor pro dotazníkový výzkum tvořilo 60 respondentů, jejichž účast byla dobrovolná a anonymní. Současně byli respondenti seznámeni s vlastním účelem průzkumu, formou vyhodnocení a možnosti použití výsledků průzkumu ke studijním účelům.

Průzkum probíhal v nemocnici v Sokolově v období 02.02.2010 do 19.02.2010 na standardních odděleních a na oddělení následné péče. Respondenti byli vždy osloveni a požádáni o spolupráci těsně před propuštěním do domácí péče. Načasování samotného oslovení bylo záměrné, protože v této fázi pobytu již nemohli očekávat jakoukoli negativní zpětnou vazbu v důsledku své účasti v průzkumu. Součinnost byla domluvena s vrchními

sestrami jednotlivých oddělení, které podávaly zprávy a plánovaných propuštění vhodných respondentů.

3.4 Výsledky a jejich interpretace

Graf č. 1: Složení respondentů dle pohlaví

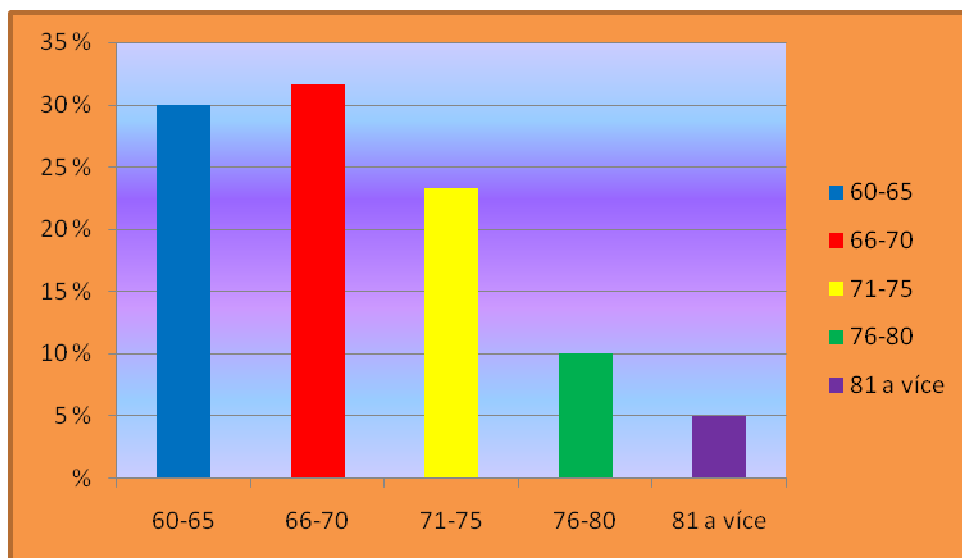


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 1

Graf č. 1 zobrazuje složení respondentů z hlediska pohlaví. Ve zkoumaném vzorku převažují muži, z celkového počtu 60 respondentů je 33 mužů (55 %) a 27 žen (45 %).

Graf č. 2: Věkové složení respondentů



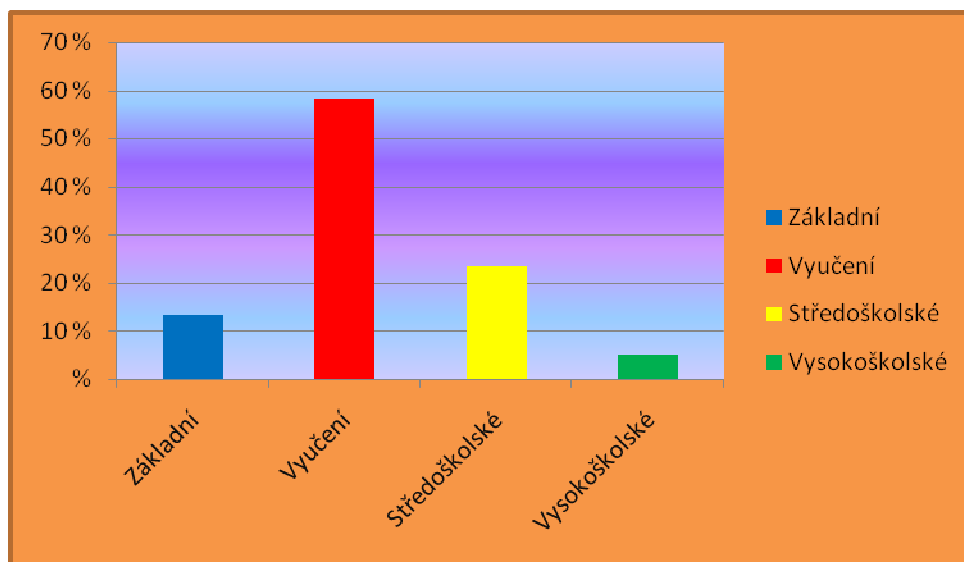
Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 2

Graf č. 2 znázorňuje věk respondentů. Nejpočetněji byla zastoupena skupina ve věku 66–70 let, kam patřilo 19 respondentů (32 %), poté následovala skupina ve věku 60–65

let s 18 respondenty (30 %), další skupina ve věku 71–75 let byla zastoupena 14 respondenty (23 %), další byla skupina 76–80 let, kde bylo 6 respondentů (10 %). Skupina 81 a více let byla zastoupena 3 respondenty (5 %).

Graf č. 3: Dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 3

Graf č. 3 znázorňuje rozložení jednotlivých stupňů dosaženého vzdělání zkoumaného vzorku. Nejčastěji dosaženým vzděláním bylo vyučení, kterého dosáhlo 35 respondentů (28 %), následující bylo středoškolské vzdělání se 14 respondenty (23 %), se základním vzděláním se zúčastnilo 8 respondentů (13 %) a s vysokoškolským vzděláním byli 3 (5 %) respondenti.

Tabulka č. 4: Informovanost o zdravotním stavu

Informovanost o zdravotním stavu		
Ano	54	90 %
Ne	6	10 %
Σ	60	100 %

Komentář k tabulce č. 4

Tabulka č. 4 znázorňuje informovanost respondentů o zdravotním stavu od lékaře. Na otázku, zdali byli respondenti dostatečně seznámeni lékařem se svým aktuálním zdravotním stavem, odpovědělo kladně 54 respondentů (90 %) a záporně 6 respondentů (10 %), kteří odpověděli, že nebyli dostatečně seznámeni lékařem se svým aktuálním zdravotním stavem.

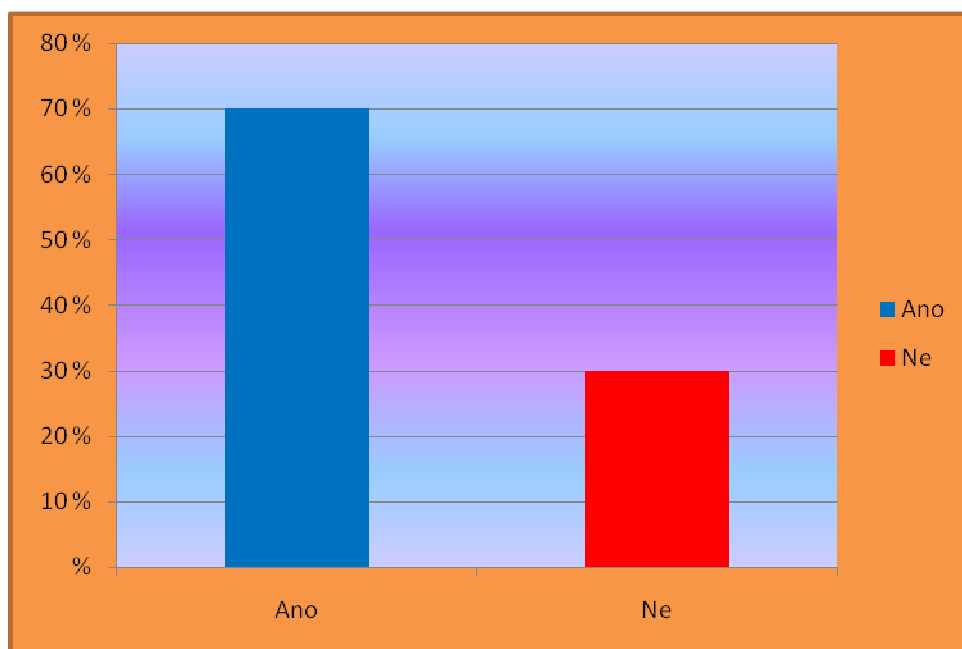
Tabulka č. 5: Srozumitelnost informovanosti o zdravotním stavu

Srozumitelnost informovanosti o zdravotním stavu		
Ano	40	74 %
Ne	14	26 %
Σ	54	100 %

Komentář k tabulce č. 5

Tabulka č. 5 znázorňuje, zda seznámení se zdravotním stavem poskytnuté lékařským personálem bylo pro respondenty srozumitelné. Tato otázka navazovala na předchozí, tudíž odpovídalo pouze 54 respondentů. Výsledek byl takový, že zatímco pro 40 respondentů (74 %) bylo vše podáno srozumitelnou formou, pro 14 respondentů (26 %) byl výklad jejich aktuálního zdravotního stavu nesrozumitelný.

Graf č. 6: Představení ošetřujícího lékaře

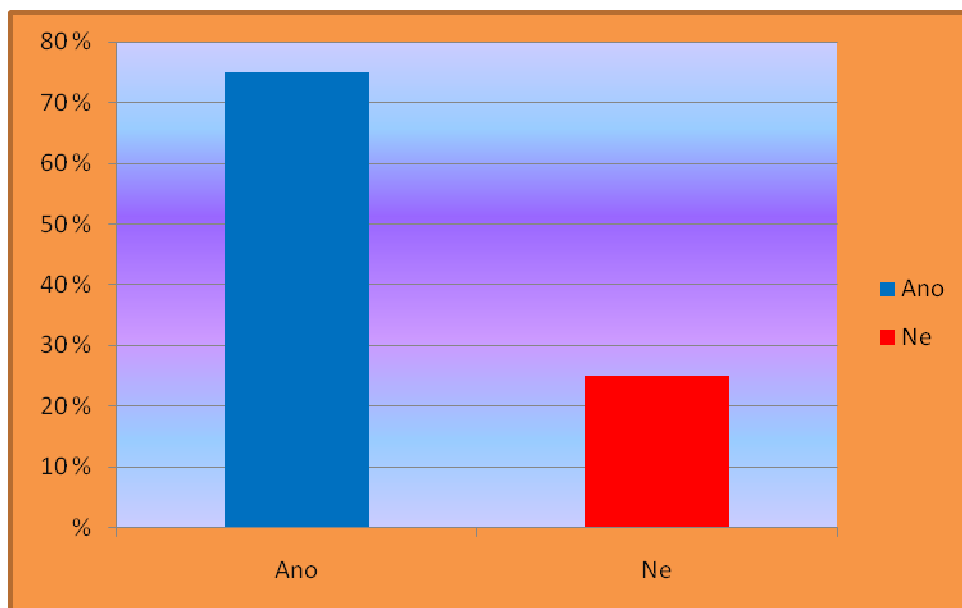


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 6

Graf č. 6 znázorňuje, zda se respondentům představil jejich ošetřující lékař. Zde odpovědělo 42 respondentů (70 %) kladně a 18 respondentů (30 %) záporně s tím, že se jim ošetřující lékař nepředstavil.

Graf č. 7: Důvěra k lékaři

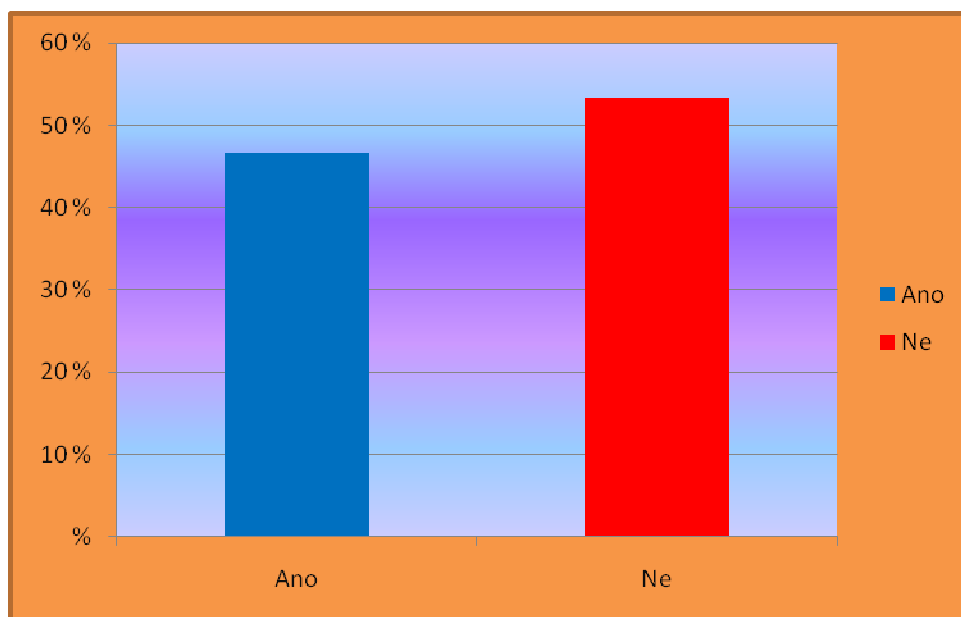


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 7

Graf č. 7 znázorňuje, zda měli respondenti důvěru k lékařskému personálu. Z výsledku, kdy 45 respondentů (75 %) odpovědělo ano a 15 respondentů (25 %) odpovědělo ne, lze odečíst, že v obecné rovině respondenti (pacienti) důvěřují svým lékařům.

Graf č. 8: Dostatek soukromí během léčby

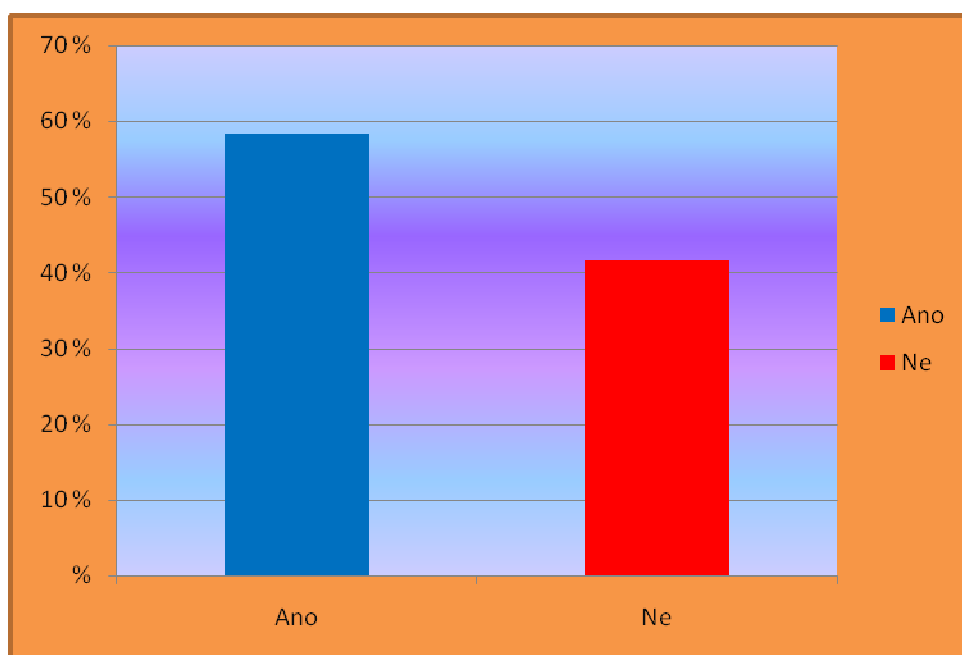


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 8

Graf č. 8 znázorňuje spokojenost respondentů s úrovní poskytnutého soukromí během léčby. Zde odpovědělo 28 respondentů (47 %) tak, že byli spokojeni a 32 respondentů (53 %) spokojeno nebylo.

Graf č. 9: Soukromí během vyšetření

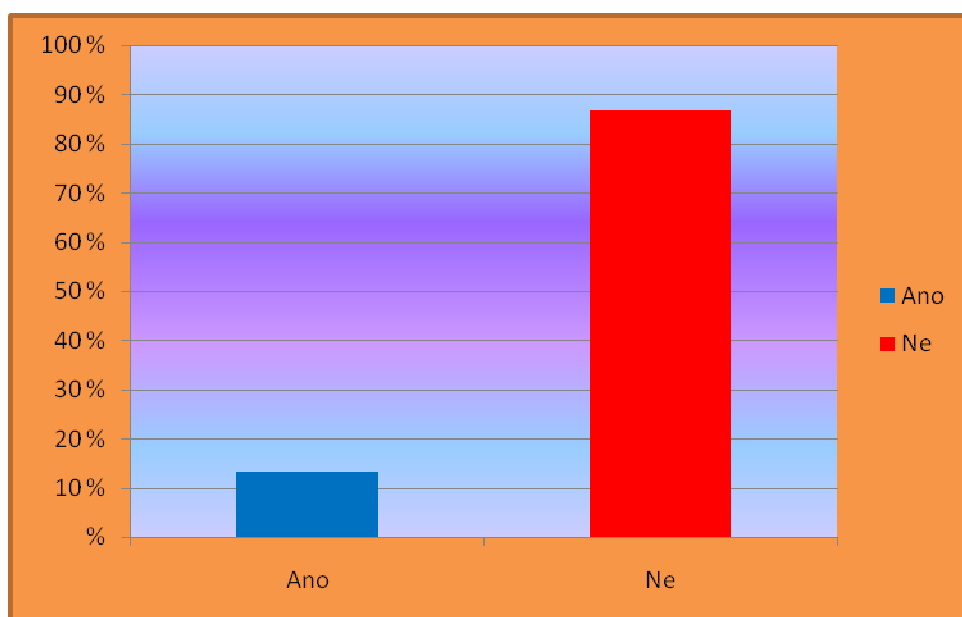


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 9

Graf č. 9 znázorňuje, zdali respondenti považovali poskytnuté soukromí během vyšetření za dostatečné. Zde výsledek značí velmi neuspokojivý stav, neboť 35 respondentů (58 %) bylo spokojeno a odpovědělo kladně, ovšem 25 respondentů (42 %) odpovědělo, že během vyšetřování neměli dostatek soukromí.

Graf č. 10: Zatajování zdravotního stavu

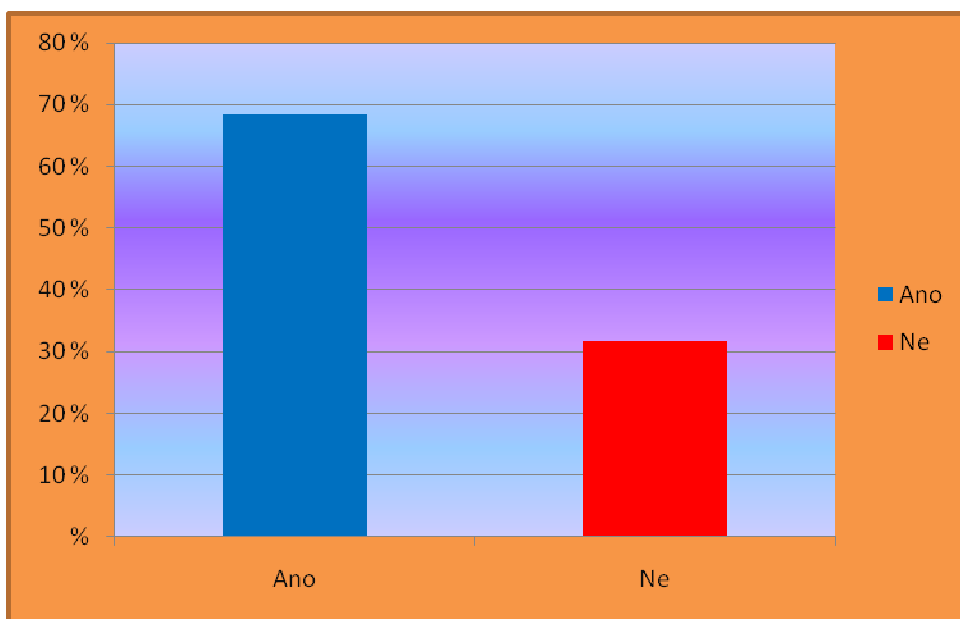


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 10

Graf č. 10 znázorňuje, zda si respondenti myslí, že jim bylo něco zatajováno o jejich zdravotním stavu. 52 respondentů (87 %) nezaznamenalo jakékoli náznaky zatajování informací, ale 8 respondentů (13 %) se domnívalo, že jim bylo něco zatajeno.

Graf č. 11: Důvěra ke zdravotním sestrám

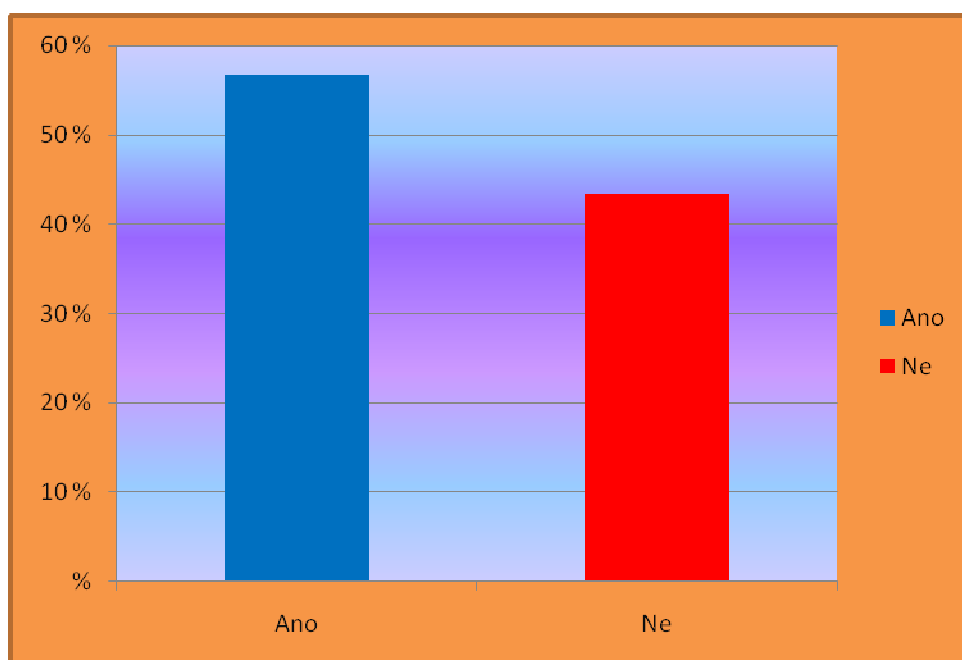


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 11

Graf č. 11 znázorňuje, zda měli respondenti důvěru ke zdravotním sestrám, přičemž 41 respondentů (68 %) zdravotním sestrám důvěřovalo a 19 respondentů (32 %) se vyjádřilo o nedůvěře.

Graf č. 12: Respektování zdravotnickým personálem

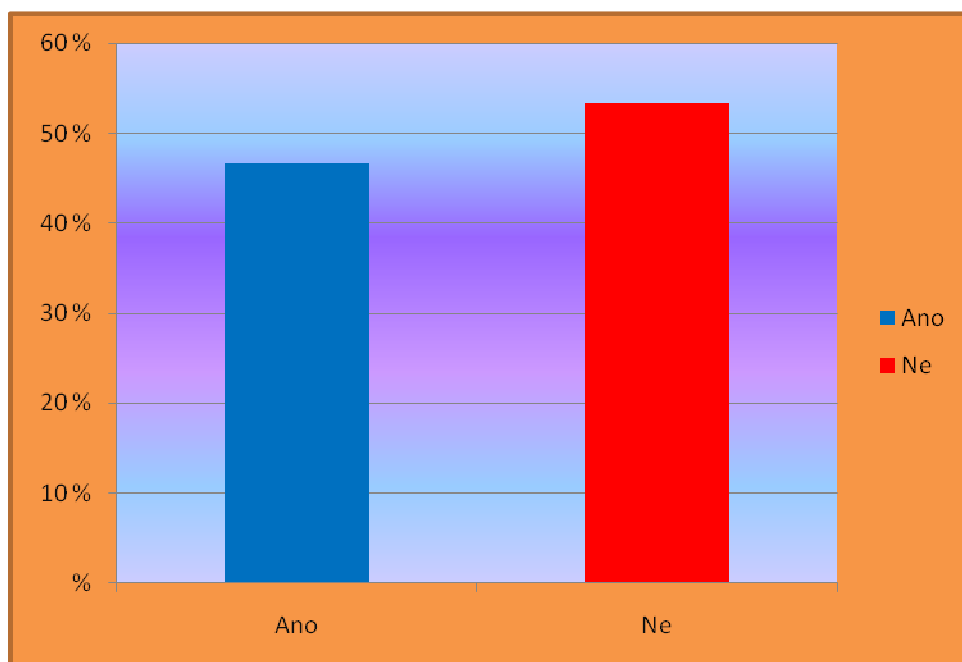


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 12

Graf č. 12 znázorňuje respektování respondentů zdravotnickým personálem. Na tuto položku dotazníku odpovědělo 34 respondentů (57 %) kladně s tím, že byli respektováni, ale 26 respondentů (43 %) odpovědělo záporně, tedy že respektováni nebyli.

Graf č. 13: Dosažitelnost zdravotnického personálu

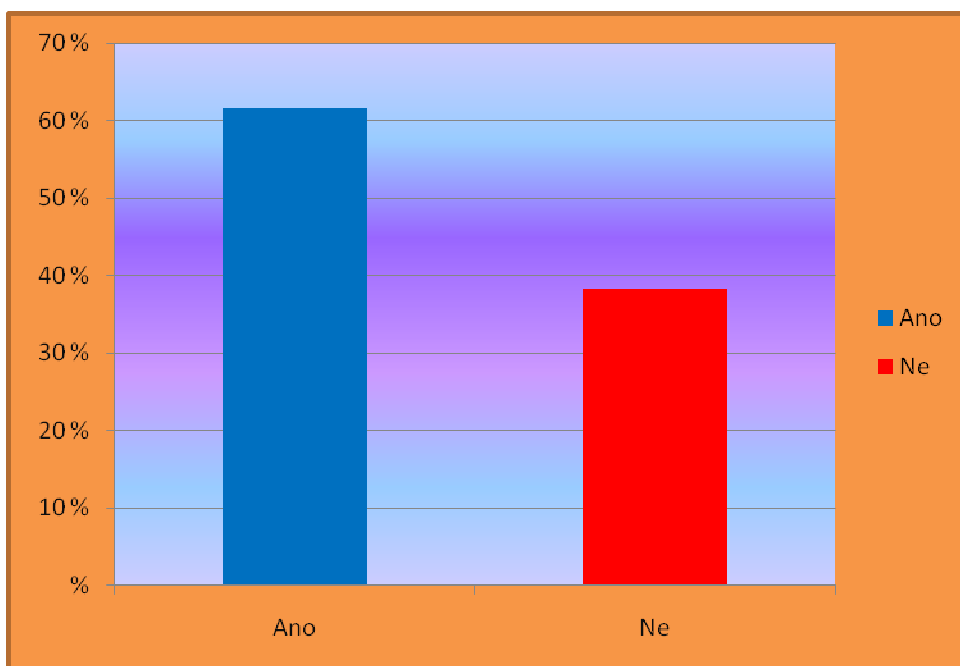


Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 13

Graf č. 13 znázorňuje dosažitelnost zdravotnického personálu. Tento výsledek považuji za velmi neuspokojivý, neboť 32 respondentů (53 %) považovalo zdravotnický personál za nedosažitelný či těžko dosažitelný a naproti tomu 28 respondentů (47 %) bylo s dosažitelností personálu spokojeno.

Graf č. 14: Úcta a respekt během léčby

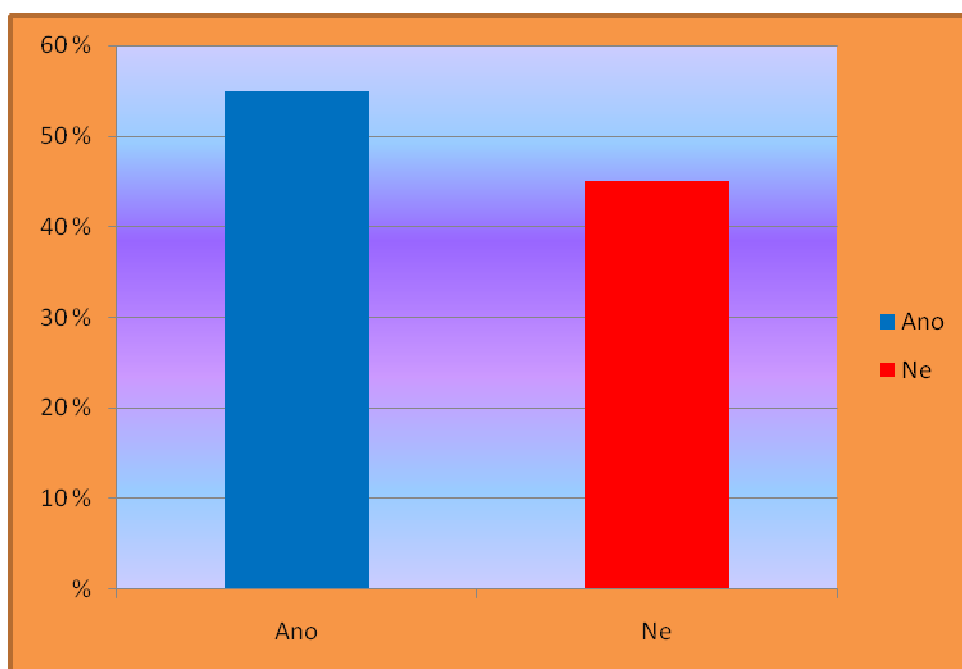


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 14

Graf č. 14 znázorňuje úctu a respekt zdravotnického personálu k pacientům během léčby. 37 respondentů (62 %) si myslí, že byli léčeni s úctou a respektem k jejich osobě a 23 respondentů (38 %), jsou opačného názoru.

Graf č. 15: Množství času věnovaného zdravotnickým personálem

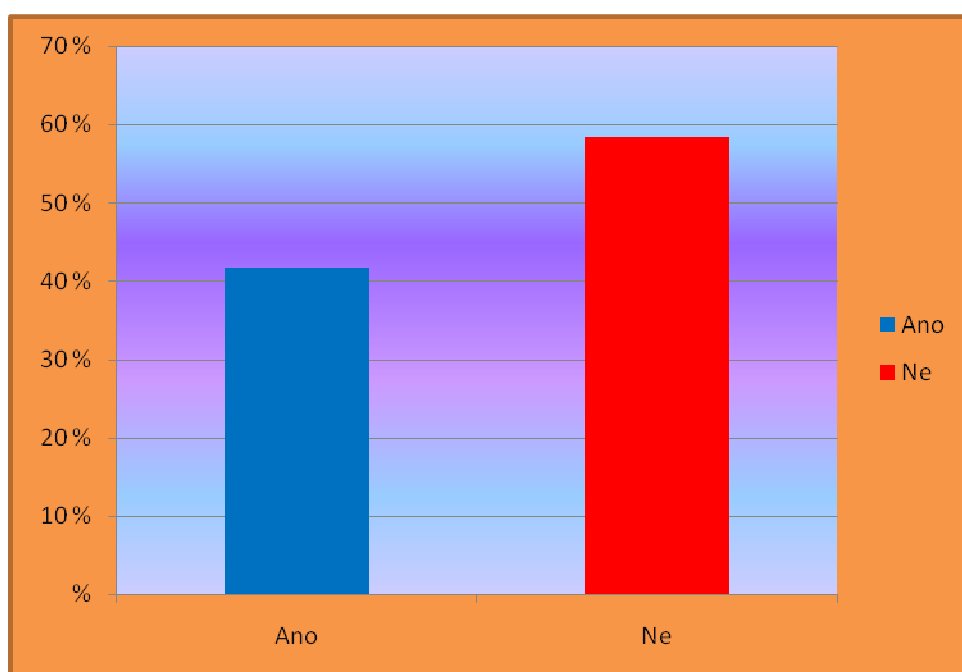


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 15

Graf č. 15 znázorňuje položku, zda si respondenti myslí, že jim bylo věnováno dostatečné množství času zdravotnickým personálem. Zde odpovědělo kladně 33 respondentů (55 %) a 27 respondentů (45 %) záporně. Výsledek nevypovídá o příliš kvalitní službě.

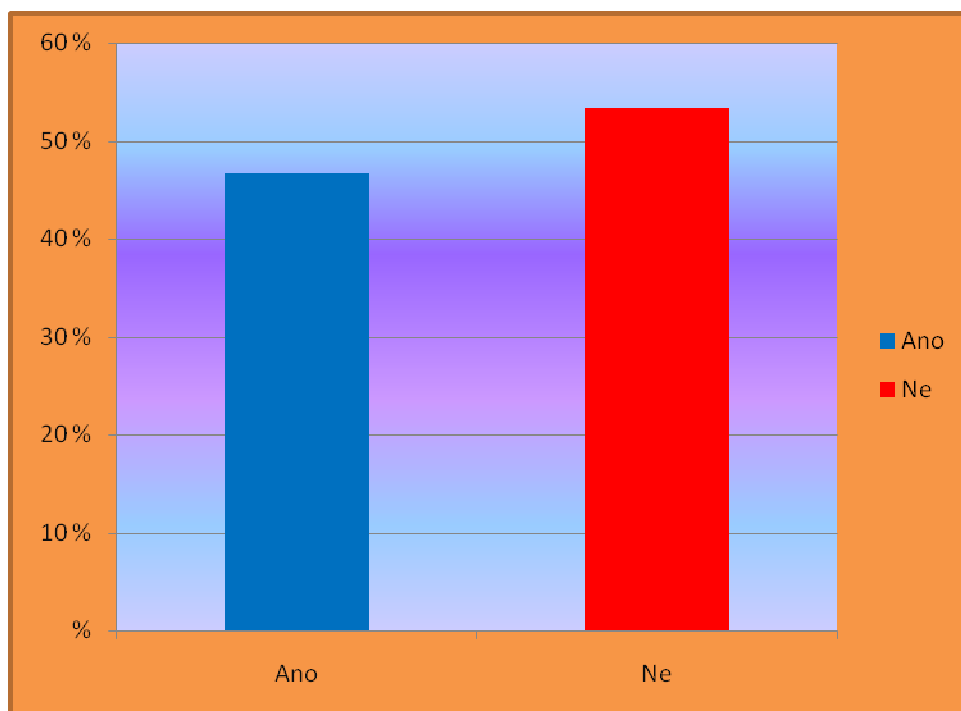
Graf č. 16: Dostatečná míra komunikace



Komentář ke grafu č. 16

Graf č. 16 zobrazuje položku, zda si respondenti myslí, že s nimi ošetřující personál komunikoval v dostatečné míře. Zde výsledek dokládá nutnost situaci řešit, neboť kladně odpovědělo pouze 25 respondentů (42 %) a záporně 35 respondentů (58 %).

Graf č. 17: Spokojenost s kvalitou jídla

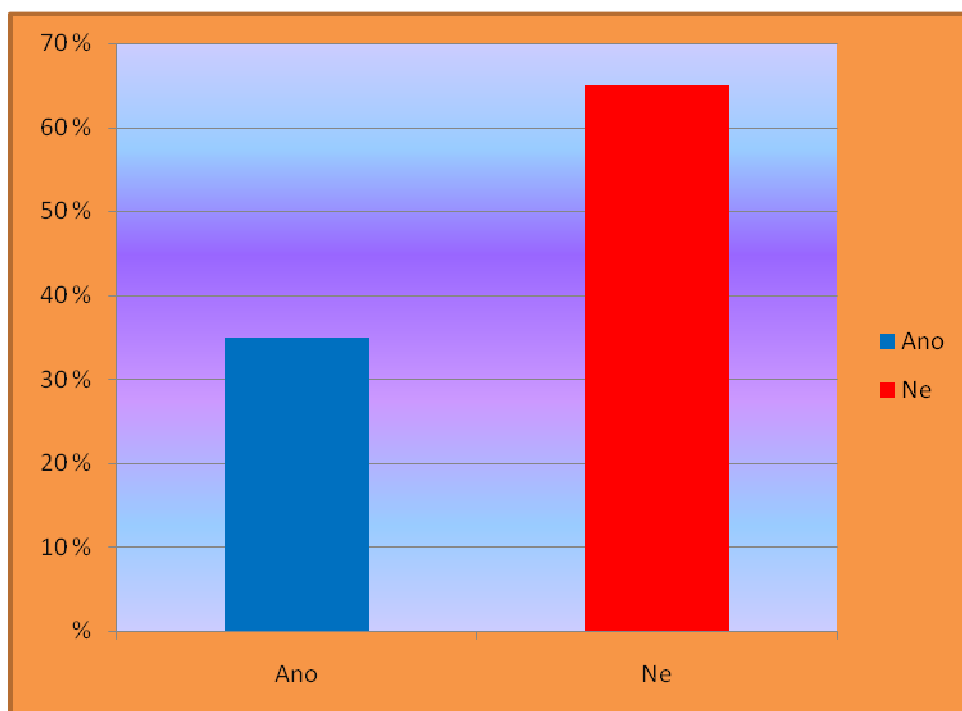


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 17

Graf č.17 zobrazuje výsledek položky, zda byli respondenti spokojeni s kvalitou jídla. Spokojených bylo 28 respondentů (47 %), oproti 32 respondentům (53 %), kteří byli s kvalitou jídla nespokojení.

Graf č. 18: Spokojenost s kvalitou prostředí

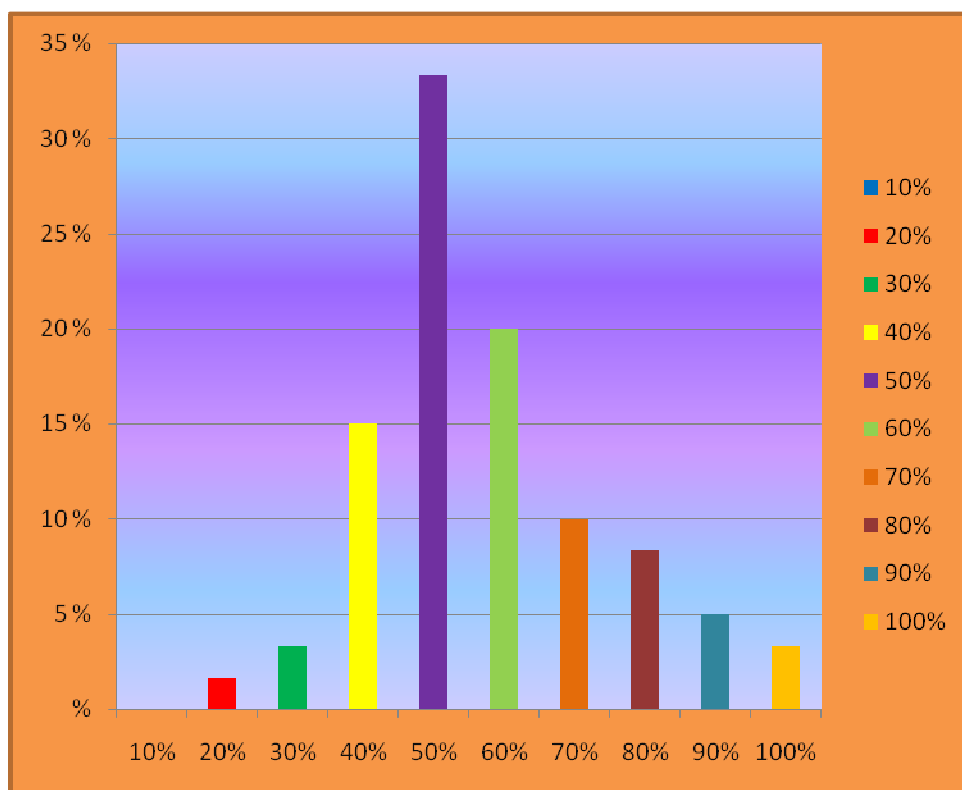


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 18

Graf č. 18 zobrazuje spokojenost respondentů s kvalitou zařízení a úprav pokoje. Zde pouze 21 respondentů (35 %) vyjádřilo svou spokojenost, nicméně 39 respondentů (65 %) spokojeno s kvalitou nemocničního zařízení nebylo.

Graf č. 19: Celková spokojenost s komunikací s ošetřujícím personálem

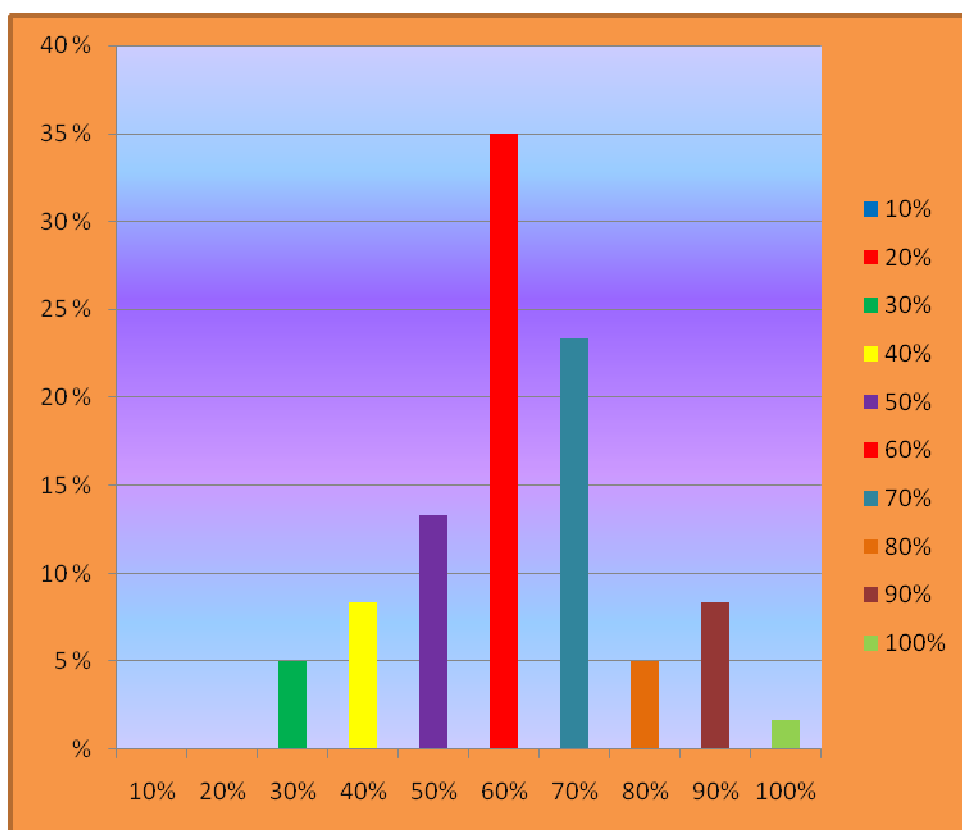


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 19

Graf č. 19 zobrazuje celkovou spokojenost s komunikací s ošetřujícím personálem, přičemž hodnota 100% je brána jako maximální spokojenost. 20 respondentů (33 %) ohodnotilo komunikaci v hodnotě 50 %, 12 respondentů (20 %) ohodnotilo spokojenost na 60 %, 9 respondentů (15 %) ohodnotilo spokojenost na 40 %, 6 respondentů (10 %) ohodnotilo spokojenost na 70 %, 5 respondentů (8 %) ohodnotilo na 80 %, 3 respondenti ohodnotili spokojenost na 90 %, 2 respondenti (3 %) ohodnotili na komunikaci 30 %, taktéž 2 respondenti (3 %) ohodnotili na 30 %, 1 respondent (2 %) ohodnotil celkovou spokojenost s komunikací 20 %.

Graf č. 20: Celková spokojenost se zdravotní péčí

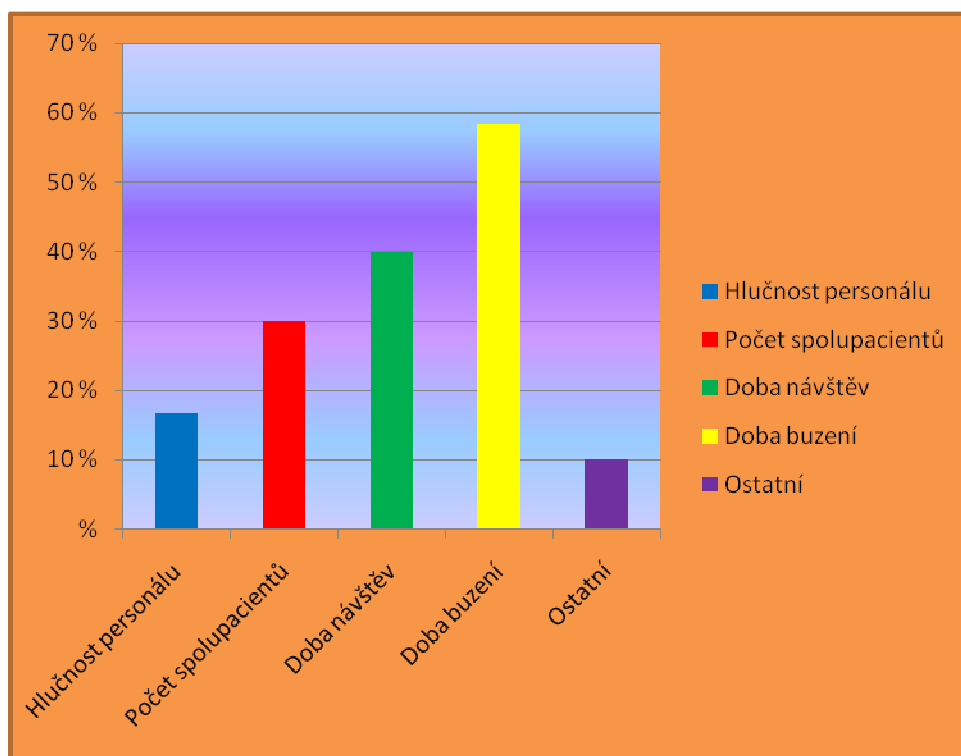


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 20

Graf č. znázorňuje celkovou spokojenost s poskytnutou zdravotní péčí. 21 respondentů (60 %) zhodnotilo kvalitu zdravotní péče na 60 %, 14 respondentů (23 %) ji zhodnotilo na 70 %, 8 respondentů (13 %) zhodnotilo péči na 50 %, 5 respondentů (8 %) zhodnotil poskytnutou zdravotní péči na 40 %. Nadále 5 respondentů (8 %) zhodnotilo zdravotní péči na 90 %, 3 respondenti (5 %) ohodnotili zdravotní péči na 30 %, 3 respondenti ohodnotili péči na 80 %, pouze 1 respondent (2 %) na 10 % spokojenost.

Graf č. 21: Nespokojenost během hospitalizace



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář ke grafu č. 21

Graf č. 21 zobrazuje výsledky otevřené otázky s čím byli respondenti nespokojeni během hospitalizace. Nejčastěji byla jako nevyhovující uvedena doba buzení, a to u 35 respondentů (58 %). Jako druhou nevyhovující označilo 24 respondentů (40 %) dobu návštěv. Poté následoval negativní postoj vůči počtu spolupacientů na pokoji, což uvedlo 18 respondentů (30 %). Velmi zajímavá a současně neuspokojivá je kritika 10 respondentů (17 %) na hlučnost personálu. Zbýlých 6 respondentů (10 %) odpovědělo způsobem, který nemá žádnou vypovídací hodnotu.

Ověření stanovených předpokladů

Předpoklad č.1

- lze předpokládat, že 60 % respondentů bude spokojeno s poskytovanou zdravotní a následnou péčí.

Výsledek

- zde se stanovený předpoklad nepotvrdil, neboť celková spokojenost s péčí byla pozitivní u 73 %. Tuto hodnotu představuje součet počtů procent skupin respondentů hodnotících spokojenost v rozmezí 60–100 %.

Předpoklad č.2

- lze předpokládat, že 40 % respondentů bude spokojeno s komunikací se zdravotním personálem.

Výsledek

- zde se stanovený předpoklad nepotvrdil. Celková spokojenost s komunikací byla pozitivní u 46 %. Tuto hodnotu představuje součet počtů procent skupin respondentů hodnotících spokojenost v rozmezí 60–100 %.

Předpoklad č. 3

- lze předpokládat, že 60 % respondentů bude spokojeno se soukromím během léčby a vyšetření.

Výsledek

- zde se taktéž stanovený předpoklad nepotvrdil. Bohužel spokojenost s poskytnutým soukromím během léčby a vyšetření bylo pozitivní pouze 52 % respondentů.

3.5 Diskuse

Cílem, který byl výchozí pro toto průzkumné šetření, bylo získání představy o schopnostech a ochotě zdravotního personálu nemocnice v Sokolově ve vztahu k pacientům patřícím do kategorie seniorů. Tedy o podobě tzv. etického prostředí, ve kterém se lidé po hospitalizaci ocitnou a přirozeně s ním mají své zkušenosti. Jeho charakteristika byla nadefinována jednotlivými subjektivními odpověďmi v rámci dotazníku. Nutno podotknout, že jsem byla při průzkumu silně motivována snahou zjistit pravdivé informace, které by v budoucnu mohly posloužit ke zkvalitnění poskytovaných služeb, neboť se zcela jistě shodneme na skutečnosti, že ke zlepšování je vždy prostor.

Celý průzkum by měl jen minimální relevanci v případě, že by jeho výsledky nebylo možné porovnat s ekvivalentním zařízením. Při hledání vhodných podkladů pro srovnání bylo použito závěrů z podobného výzkumu, který byl proveden ve Fakultní nemocnici Plzeň (dále jen FN Plzeň) v roce 2009. Toto srovnání bude jistě při hlubším zamyšlení nad dosaženými výsledky zajímavé, a to nejen pro jejich matematické vyjádření, ale také, dle mého názoru, pro jistou odlišnost jednotlivých zařízení, která spočívá mimo jiné ve velikosti porovnávaných nemocnic, rozsahu poskytované péče, objemu zdravotnického personálu nebo materiálním vybavení.

Opravdu zajímavé výsledky byly dosaženy pro potřeby porovnání v následujících případech, které se dají hodnotit jako prioritní z pohledu spokojenosti pacienta.

Situace při srovnání výsledků ve **srozumitelnosti informovanosti o zdravotním stavu** byla poměrně vyrovnaná, ačkoli nemocnice Sokolov získala 74 % a FN Plzeň jen nepatrně zaostává se 68 %. Ani jeden z výsledků nelze hodnotit jako uspokojivý. Příčinu tohoto stavu bych hledala především ve skutečnosti, že pro zdravotnický personál je prioritou komunikace ve vlastních řadách s cílem dosažení určitých výsledků tak trochu bez ohledu na samotného pacienta. V okamžiku potřeby navázání kontaktu s pacientem pro sdělení informací o zdravotním stavu pak často může dojít k nepřeladění zdravotníka tzv. „na vlnu“ pacienta.

Velice důležitým faktorem, který přímo ovlivňuje náhled pacienta na jednotlivá nemocniční zařízení či na zdravotnictví jako celek, je **důvěra k lékaři**. Zde sokolovská nemocnice opět získává vyšší hodnocení se 75 % a FN Plzeň sekunduje se 67 %. Tato kategorie však neodráží pouze kvalitu nemocničního zařízení či profesionalitu lékařů, ale bohužel také lidský a emfatický přístup člověka k člověku. Toto hodnocení není zcela jistě uspokojivé.

V návaznosti na předchozí byla samostatnou kategorií **důvěra k sestřám**, kde sokolovská nemocnice získala 68 % a FN Plzeň 80 %. Jak vidno oproti předchozímu se hodnocení obrátilo ve prospěch Plzně. Výsledky nejsou nikterak oslnivé. A budeme-li je hodnotit z pohledu četnosti kontaktu zdravotních sester s pacienty, musíme je zákonitě vidět mnohem kritičtěji. Rozhodně je co zlepšovat. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je dle mého názoru nepřímou úměrnou pracovnímu vytížení jednotlivých pracovníků. Trvalý nedostatek personálu způsobuje potřebu častějšího nasazení zaměstnanců pro zajištění bezproblémového chodu celé nemocnice. Tím pádem dochází jednoznačně k rychlejšímu fyzickému i psychickému vyčerpání, které se poté odráží v přístupu

k pacientům, kteří mohou takový stav hodnotit negativně a budou jej prezentovat jako nedůvěru ke zdravotním sestrám.

Dosažitelnost zdravotního personálu byla hodnocena v Sokolově 47 % a FN Plzeň získala 85 %. Sokolovský výsledek však nutně neznamená neprofesionalitu personálu. Důležitým faktorem zde je trvalý nedostatek lékařů a zdravotních sester na trhu práce, jak bylo předesláno výše. Nenaplněné stavy těchto profesí v rámci nemocničního zařízení pak mohou vést k takovému hodnocení. Toto je však nutno brát nikoli jako omluvu, ale jako zdvižený prst, který poukazuje na nutnost situaci řešit pro její zlepšení. Neoddiskutovatelnou příčinou takového rozdílu v hodnocení je především atraktivnost místa výkonu práce, přičemž toto vede k odlivu toho mála čerstvých absolventů, kteří jsou k dispozici, ale upřednostní raději prestižní zařízení před „pouhou“ okresní nemocnicí. A to nejen pro kvalitu technického vybavení, ale i pro zajímavější finanční ohodnocení.

Jako zajímavou kategorii, která je velmi subjektivní, lze řadit **úctu a respekt zdravotnického personálu**. Zde sokolovská nemocnice získala 62 % a FN Plzeň 80 %. Výsledek Sokolova hodnotím jako velice špatný. Odůvodnění tohoto stavu lze hledat velmi těžko, nicméně bych hlavní ideu ráda opřela o předchozí zdůvodnění, které uvádí odliv pracovníků za lepšími podmínkami. V tomto duchu pak zřejmě dochází k nahromadění sice vysoce kvalitního a profesionálního personálu v podobných zařízeních jako sokolovská nemocnice, ovšem tento je pak v důsledku mnohaletých zkušeností v těžko měnitelné pracovní rutině, kterou pak pacienti, a zvláště senioři, hodnotí negativně.

Doslova žalostných výsledků dosáhla sokolovská nemocnice v kategorii **dostatečná míra komunikace**. Výsledky byly - Sokolov 42 % a FN Plzeň 82 %. Zde se obrovský rozdíl jen velmi těžko hodnotí. Osobně vidím situaci v Sokolově jako alarmující. Opravdu obtížně si představuji horší situaci pacienta než tu, kdy nemá informace o dění týkající se jeho vlastní osoby – mám na mysli informace o diagnóze, léčbě, výkonech a zákrocích. Zde se však naskytá otázka, zdali se pacient sám snaží o získání informací, je-li aktivní, tedy zdali sám přebírá iniciativu, nebo jen pasivně očekává navázání komunikace (ať už s lékařem či zdravotní sestrou).

Spokojenost s prostředím je kategorií, ve které se citelně projevuje samotný status a pozice nemocničního zařízení. Sokolov zde dosáhl 35 %, se kterými nikdo rozhodně nemůže být spokojený. Oproti tomu FN Plzeň 81 %. Nízké hodnocení tohoto druhu se samozřejmě odráží do celkového náhledu pacienta na konkrétní zařízení. Zde bychom velmi snadno sklouzli do sféry ekonomických či manažerských, což není předmětem této práce. Ale právě zde bychom možná našli odpovědi. Všichni víme, že nedostatek financí

se stal meziodvětvovým fenoménem. Nicméně zajištění slušného prostředí a vybavení by mělo být základním předpokladem dobře fungujícího zařízení.

Velmi zajímavou kategorií je **kvalita jídla**. Paradoxně zde, oproti předchozímu, Sokolov získal lepší hodnocení a to 47 % a FN Plzeň pouze 37 %. Oba výsledky jsou přesto velmi neuspokojivé. Problematiku stravování řeší dlouhodobě mnoho nemocničních zařízení, a přesto neúspěšně. Zdá se, že spíše než subjektivní hodnocení respondentů, se bude jednat opět o ekonomický problém spojený s nedostatečným financováním.

Dostatek soukromí během léčby a vyšetření byla kategorie, ve které sokolovská nemocnice výrazně propadla s 52 % a velmi pozitivního výsledku dosáhla ve srovnání FN Plzeň s 89 %. Přes svou odlišnost byly léčba i vyšetření zahrnuty pro zjednodušení do jedné kategorie. Výsledek FN Plzeň lze hodnotit jako velmi uspokojivý, povzbuzující a hlavně jako potvrzení, že toho lze dosáhnout. Naproti tomu výsledek Sokolova nás opět utvrzuje, že mnohé kategorie jsou přímo či nepřímo propojené a i zde pozorujeme vliv ekonomického podfinancování.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou spokojenosti seniorů se zdravotní péčí v podmínkách hospitalizace a následné péče.

Teoretická část byla věnována výběru a vysvětlení základních pojmů týkajících se souboru jevů, které zahrnuje zadané téma. Mezi stěžejní lze řadit výklad a hodnocení kvality zdravotní péče, profesionality zdravotníků, etických přístupů, empatie, komunikace, atd. Důležitým zdrojem informací, kterých bylo použito, byly v mnoha případech odborné publikace vysoce ceněných a uznávaných autorů.

Cílem praktické části bylo zjistit celkovou spokojenost seniorů se zdravotní péčí. K tomuto účelu byla použita forma dotazníku, jehož dílčí položky měly vždy pokrýt jeden konkrétní a specifický segment zrcadlící subjektivní pocit spokojenosti pacienta. Alternativně bylo použito formy rozhovoru v případech, kdy pacient nebyl schopen dotazník vyplnit sám z důvodu nepříznivého zdravotního stavu.

Je zcela zjevné, že pouhou sumarizací výsledků a navržením vhodných opatření se v takto složitém prostředí, kterým zdravotnictví bezpochyby je, nelze s úkolem uspokojivě vypořádat bez hlubšího zamyšlení. Zdravotnictví je totiž nejen pojmem, ale i živým subjektem, vyvíjejícím se, obsahujícím mnoho dílčích podskupin a odolávajícím nejrůznějším vlivům.

Z průzkumu a navrhovaných opatření jednoznačně vyplývá, že zkoumanou oblast lze rozdělit do dvou základních kategorií, se kterými je nutno pracovat. Jako první bych zařadila kategorii „lidskou“, která je determinována personálem. Možná bychom ji mohli nazvat i vnitřní, neboť v rámci zdravotnického zařízení či jednotlivých oddělení můžeme kvantifikovat a kvalifikovat nedostatky směřující k lidskému faktoru. Budeme-li vycházet z předpokladu, že zdravotnický personál je plně profesionální složkou systému poskytování služeb pacientům, pak lze jen velmi těžko akceptovat jeho nepříteliš lichotivé hodnocení. Zde by skutečně neměl být prostor k jakékoli kritice, ale jak průzkum ukazuje, skutečnost je jiná. Dokonce i přes periodické opakování části navrhovaných opatření doposud nikdy nebylo dosaženo stoprocentního úspěchu. Pro zlepšování kvality poskytované péče tak zůstává dostatečná rezerva. Stále se zvyšující počet seniorů v populaci pak může být dostatečným důvodem k přijetí vhodných systémových opatření, která by zajistila odpovídající kvalitu služeb právě pro ně.

Druhou částí výše zmíněného rozdělení a neméně důležitou, je kategorie materiální, vnější, jejíž veškerá kritika a nedostatky představují nedostatek finančních prostředků,

které přicházejí právě z vnějšku. Celkový stav českého zdravotnictví a jeho potíže se totiž odvíjejí již z roviny fiskální, tedy z rozpočtů. Bez kvalitní reformy a důsledné kontroly vynakládaných prostředků, které by do této oblasti měly mít prioritu, se současná situace jeví jako takřka kritická. Z této pozice je však nutno podotknout, že zdravotnický personál nedisponuje dostatečnou silou k prosazení jakékoli změny. Úspěšně provedené reformě by dle mého názoru měla předcházet většinová politická shoda, která by zajistila její realizaci v praktické rovině.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Průzkumem byly zjištěny v oblasti spokojenosti se zdravotní péčí zásadní nedostatky vyplývající hned z pěti položek dotazníku. Jejich dílčí váhy však nelze hodnotit shodně. Proto pro potřeby odlišení míry konkrétní závažnosti z pohledu celkového hodnocení nemocničního zařízení, které by mělo být vždy co nejlepší, je nutné jednotlivé nedostatky náležitě seřadit. V tomto případě tuto stupnici navrhuji takto (od nejzávažnějšího po nejméně závažný):

- hlavním a velmi vážným problémem se jeví špatná komunikace mezi zdravotnickým personálem a seniory,
- neméně problematickou je položka nedosažitelnosti zdravotnického personálu,
- dále průzkum odhaluje negativní vnímání pocitu ztráty soukromí při vyšetření a léčbě,
- jako další nedostatek se projevila nespokojenost s kvalitou jídla,
- s nejmenší vahou závažnosti zařazují nespokojenost s kulturou prostředí.

Návrhy řešení nedostatků

Bez ohledu na závažnost jednotlivých nedostatků je zřejmé, že návrhy na jejich řešení, byť budou jakékoli, nebude možné aplikovat napříč všemi položkami - univerzálně. To by bylo možné v okamžiku alespoň částečné propojenosti či příbuznosti problematických položek. V našem případě je ovšem každá svým způsobem samostatná. Z tohoto důvodu bude nutno nahlížet na navrhování jednotlivých řešení zcela individuálně.

Pro položku řešící špatnou komunikaci mezi zdravotnickým personálem a seniory by bylo nejvhodnější navrhnout častější a pravidelné semináře či konference, jejichž náplní je prohlubování znalostí personálu o možnostech a vhodnosti volených způsobů komunikace s pacientem a seniorem zvlášť. I přes veškerou osvětu v této oblasti je nutné zdravotníkům stále připomínat nutnost respektování nejen individuálních potřeb pacienta, ale i o navázání kontaktu s ním právě prostřednictvím správně zvolené komunikační metody. Jde-li pak o pacienta-seniora, je vyžadována mnohem hlubší znalost správné komunikace. Vhodným prostředkem pro zajištění dostatečně kvalitních informací směřujících k edukaci personálu se jeví i možnost distribuce odborných publikací zabývajících se touto problematikou. Jako velmi účinný instrument se v poslední době

prosazuje supervize, která je v rámci sokolovské nemocnice jako prostředek zkvalitnění úrovně profesionality personálu, úplně opomíjena.

Položka nedosažitelnosti personálu v sobě skrývá hned dva zásadní aspekty, pro které může být velmi obtížné navrhnout vhodné opatření k nápravě nedostatků v položce nespokojenosti s dosažitelností zdravotnického personálu. Prvním aspektem je takřka chronický nedostatek zdravotnického personálu, který je spatřován ve změně zákona, jehož účinnost nabyla platnosti v roce 2004, a který stanovuje minimální požadované vzdělání pro pracovní zařazení jako zdravotní sestra. Dle jeho dikce musí tyto osoby splnit podmínku pro výkon práce na pozici všeobecné sestry doložením absolvování vyšší odborné anebo vysoké školy. Málo která sestra chce pracovat u lůžka s vysokoškolským diplomem. V návaznosti pak má svůj vliv na situaci regulace počtu personálu v poměru s lůžky, které nastavuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Platnou legislativu a regulativy vyhlášek však nelze ovlivnit jakýmkoli návrhem řešení z této pozice, neboť ke změně je nutno přehodnotit stav hlouběji – systémově. Druhým aspektem, který má svůj vliv na kritizovanou nedosažitelnost personálu, je pak subjektivní přístup každého konkrétního zaměstnance. Zde se výrazně projevují osobní předpoklady člověka pro výkon této nesmírně namáhavé práce, jež vyžaduje nejen zautomatizované úkony, ale především ochotu pomáhat, hledět na svou práci spíše jako na poslání a také obětovat „něco navíc“. Jako vhodné se zde jeví navrhnout a realizovat kvalitní motivační program, který bude obsahovat náležité finanční odměňování personálu na základě dosažených pracovních výsledků, kde významnou kontrolní činnost zajišťují vedoucí pracovníci a to vše by bylo vhodné v kombinaci s prověřováním spokojenosti ze strany pacientů. Kromě finanční motivace je možné se snažit i o zlepšení pracovního prostředí, neboť i atmosféra, ve které lidé pracují, má přímý vliv na dosažené výsledky.

Navzdory tomu, že své soukromí, resp. jeho ztrátu každý člověk vnímá odlišně, je zcela nepochybné, že v každém cizím prostředí dochází k jeho narušení. Otázkou pak zůstává, zdali je tato míra uspokojivě měřitelná, a to pro potřeby přijetí jakýchkoli opatření. Mezi atributy, které je třeba zohlednit, patří při posuzování míry skutečné ztráty soukromí především předchozí zkušenost s pobytem v jakémkoli podobném zařízení, zdravotní stav, věk pacienta, pohlaví, sociální statut, osobní důvody, atd. Výstupem pak je určitý poměr, který přesně vystihuje charakter a potřeby jednotlivce v roli pacienta. Nelze ani automaticky předpokládat, že by s vyšším věkem byla vyžadována vyšší míra soukromí nebo vyšší procento negativního hodnocení jeho ztráty. Zkrátka posoudit adekvátnost kritiky ze strany pacientů je velmi složité. Přesto mezi mé návrhy v tomto

segmentu řadím na prvním místě intenzivní instruktáže personálu pro zachování diskrétnosti pacienta. Dále pak maximální využití všech dostupných technických pomůcek, které mohou zajistit potřebné soukromí pacienta při vyšetřeních či léčbě (mobilní plenty, paravany, závěsy). Otevřenou částí tohoto návrhu opatření pak zůstává možnost nabídnout svobodnou volbu umístění pacienta, což je plně odvozeno od ekonomických možností daného zdravotnického zařízení a tedy mimo sféru vlivu personálu.

Kategorii nespokojenosti se stravováním a kvalitou kultury prostředí, tedy technického vybavení, lze spojit společným jmenovatelem, kterým je jednoznačně množství finančních prostředků proudících do konkrétního zdravotnického zařízení. Je všeobecně známo, že s těmito kritikami se potýkají mnohá zařízení bez ohledu na jejich kategorizaci. V rámci nemocnice mají prioritu vždy provozně-technická zařízení a v důsledku toho se na standardní oddělení příliš nedostává. Investice jsou závislé na štedrosti a možnostech zřizovatele. Navrhovat zde nějaká opatření by bylo přinejmenším pošetilé. Avšak skutečně kritický je nyní technický stav vybavení pokojů (zastaralost lůžek, nefunkční žaluzie, netěsnost oken, absence televizních přijímačů, kvalita sociálního zařízení). Jako vhodný způsob získávání zdrojů bychom mohli uvést i proces sponzorování, tedy v tomto případě nahrazením nedostatku finančních prostředků veřejného sektoru soukromími zdroji. V současnosti, kdy finanční a ekonomická krize přinesla nejistotu do všech oblastí lidské činnosti, se takto získávané zdroje ztenčují, ale na významu získává tzv. cílený sponzoring, který spočívá ve financování konkrétních záměrů sponzorem.

Budeme-li se chtít detailněji zabývat kritikou stravování, pak je nutné uvědomit si, že v rámci stanovení léčby lékařem je předepsána i vhodná strava v podobě diety, která je charakterizována jako výživa doporučovaná jako prevence chorob či pomocná součást léčebného procesu. V takovém případě pacient vždy více či méně přechází na jiný druh nebo složení stravy, což nebývá vnímáno nijak pozitivně. Toto poté vede ke kritikám celého nemocničního stravovacího systému. Proto jako vhodné řešení doporučuji pečlivou osvětu na poli gastronomických opatření, která činí lékař ve skladbě jídel.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literární prameny

- BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. doplňující vydání. Brno: IDVPZ, 1996. 117 s. 597.429.
- FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- FÍŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Pomocný učební text. Brno: IDVPZ, 1998. 60 s.
- GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- IVANOVÁ, K. *Základy lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 146 s. ISBN 80-244-0892-9.
- JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
- JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KALVACH, Z. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 98-80-247-2069-2.
- LANGMEIER, J., KRJEČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 149 s. ISBN 80-85526-32-8.
- PODSTATOVÁ, R. *Jak přežít pobyt v zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 143 s. ISBN 978-80-247-1997-9.

- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 886 s. ISBN 80-7169-828-8.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 5. rozšířené vydání. Praha: Grada, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
- ŠVINGALOVÁ, D., PEŠATOVÁ, I. *Uvedení do výzkumu a metodika tvorby bakalářské práce*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2006. 78 s. ISBN 80-7372-046-9.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 0-7262-365-6.
- TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace: nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
- VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2009. 71 s. ISBN 978-80-7372-449-8.
- WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie*. 1. vyd. Brno: IVZP, 2000. 121 s. ISBN 80-7013-314-7.
- ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2067-5.

Internetové zdroje

- Ageismus. [online]. 2010, [cit. 2009-12-03]. URL: <<http://ageismus.cz/>>
- Definice paliativní péče. [online]. 2010, [Cit. 2010-01-28]. URL: < <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>>
- Kardiovaskulární onemocnění. [online]. 2010, [cit. 2010-01-05]. URL: <<http://www.kardiak.cz/>>
- Špatné zacházení se seniory. [online]. 2009, [cit.2009-12-03]. URL: <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml>>
- Kvalita je výzva. [online]. 2010, [cit. 2010-02-18]. URL: <<http://www.osz.cmkos.cz/kvalita/>>
- Kvalita očima pacientů. [online]. 2010, [cit. 2010-02-18]. URL: <http://www.fnplzen.cz/kvalita_pece.asp/>

Kvalita zdravotní péče. [online]. 2010. [Cit. 2010-02-18].

URL: <<http://www.zdravi.vysociny.cz/conetent/>>

Kvalita života ve stáří. [online]. 2009, [cit. 2009-12-29].

URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>

MPSV. [online]. 2009, [cit. 2009-12-29]. URL: <<http://www.mpsv.cz/cs5045>>

Onkologická péče u nemocných vyšší věkové skupiny. [online]. 2010, [cit. 2010-01-05].

URL: <<http://www.linkos./pacienti/vek/>>

Prostředí a vstřícná komunita ke stáří. [online] . 2009, [cit. 2009-12-29].

URL: <<http://www.mpsv.cz/cs5045>>

Pojem rehabilitace. [online]. 2010, [cit. 2010-01-28].

URL: <<http://www.e-rehabilitace.com/>>

Vyhláška MZ ČR č. 9/1998. [online]. 2010, [cit. 2010-01-12].

URL:

<<http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>>

Seriálové publikace

HOLMEROVÁ, I. Východiska dlouhodobé péče, *Zdravotnické noviny*, 2009, roč. 58, č. 18, ISSN 0044-1996.

VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry máme v sobě empatii?, *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 11, ISSN 1210-0404.

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník spokojenosti

Marta Šebestýnová

1. Jste: ☐ muž ☐ žena
2. Kolik je Vám let?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
☐ Základní ☐ Vyučen
☐ Středoškolské ☐ Vysokoškolské
4. Seznámil přímo Vás lékař s Vaším zdravotním stavem?
☐ ANO ☐ NE
5. Pokud ano, bylo pro Vás seznámení o zdravotním stavu srozumitelnou formou?
☐ ANO ☐ NE
6. Představil se Vám ošetřující lékař?
☐ ANO ☐ NE
7. Měl/a jste důvěru k lékaři, který Vás ošetřoval, jako k profesionálnímu odborníkovi?
☐ ANO ☐ NE
8. Měl/a jste dostatek soukromí během léčby?
☐ ANO ☐ NE
9. Měl/a jste dostatek soukromí během vyšetření?
☐ ANO ☐ NE
10. Myslíte si, že Vám bylo něco zatajováno o Vašem zdravotním stavu?
☐ ANO ☐ NE

11. Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly, jako k profesionálním odborníčkám?

☐ ANO

☐ NE

12. Myslíte si, že jste byl/a zdravotnickým personálem respektován/a (Vaše názory, rozhodnutí, atd.) v ideální míře?

☐ ANO

☐ NE

13. Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v nemocnici?

☐ ANO

☐ NE

14. Myslíte si, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem k Vaší osobě?

☐ ANO

☐ NE

15. Vyhovovalo Vám množství času, který Vám byl věnován zdravotnickým personálem?

☐ ANO

☐ NE

16. Komunikoval s Vámi ošetřující personál v dostatečné míře?

☐ ANO

☐ NE

17. Byl/a jste spokojen/a s kvalitou jídla během hospitalizace?

☐ ANO

☐ NE

18. Byl/a jste spokojen/a kvalitou prostředí?

☐ ANO

☐ NE

19. Byl/a jste celkově spokojen/a s komunikací s ošetřujícím personálem

Můžete prosím vyjádřit v procentech (0% velmi nespokojen/a – 100% velmi spokojen/a)%

20. Byl/a jste celkově spokojen/a se zdravotní péčí, která Vám byla poskytnuta po dobu hospitalizace?

Můžete prosím vyjádřit v procentech (0% velmi nespokojen/a – 100% velmi spokojen/a)%

21. Můžete napsat vlastní názor k poskytnuté zdravotní péči během hospitalizace (Vaše připomínky).

.....
.....
.....
.....